

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 115.

LE TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

DES

POLYADÉNITES INFLAMMATOIRES SIMPLES

et principalement des Adénopathies tuberculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 juillet 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon COLLARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Annonay, le 6 novembre 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

1911

LE TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

DES

POLYADÉNITES INFLAMMATOIRES SIMPLES

et principalement des Adénopathies tuberculeuses



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911 — N° 115.

LE TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE

DES

POLYADÉNITES INFLAMMATOIRES SIMPLES

et principalement des Adénopathies tuberculeuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 juillet 1911

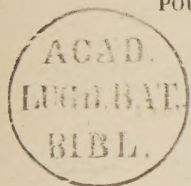
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon COLLARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Annonay, le 6 novembre 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, Rue Rachais, 8

—
1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale	}	PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	}	HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	}	COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
	}	PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. J. LEPINE.	MM. LATARJET.	MM. MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).
COMMANDEUR.	MARTIN (Et.).	LERICHE.	GUILLEMAUD.
GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PAUL COURMONT, Président; M. CLUZET, Assesseur;
MM. THEVENOT et MOURIQUAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de
MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA TANTE

A qui je suis heureux d'exprimer ici
toute ma reconnaissance. C'est à elle que
nous devons d'avoir mené à bien nos études
médicales. Qu'elle reçoive ici l'expression
de ma bien vive gratitude et de ma sincère
reconnaissance.

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE LE DOCTEUR JOUVE

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT

Dont nous avons été l'interne et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions bien vivement et de ses conseils et de son précieux enseignement.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

Qui ont bien voulu accepter de faire partie du Jury de notre thèse. Nous leur adressons nos plus sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARJON

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Il nous a toujours accueilli avec une extrême bienveillance. Nous lui sommes redevable de ce travail, dont nous le remercions bien vivement. Pendant notre semestre d'internat, il nous a montré toujours beaucoup de cordialité et ses conseils nous ont été et nous seront toujours fort précieux.

CHAPITRE PREMIER

Historique et Introduction

Depuis l'extraordinaire découverte des rayons de Röntgen, la radiothérapie est venue s'imposer soit comme méthode adjuvante de la chirurgie, soit souvent, à elle seule, comme une véritable et merveilleuse méthode de thérapeutique. Employée au début surtout, comme moyen de traitement un peu de toutes les affections, elle s'est circonscrite rapidement dans des frontières bien définies et sur un terrain sûr et bien localisé.

Une de ses acquisitions les plus intéressantes est le traitement, par les rayons de Röntgen, des adénites en général, et plus particulièrement, des *adénites* tuberculeuses.

En 1898, dans les *Archives d'électricité médicale*, Bergonié et Terrier parlent timidement de la cure des lésions scrofuleuses par la radiothérapie.

Kienbösch, en 1900, puis Aroustan, en 1901, dans le *Journal of Tuberculosis*, donnent des résultats de bacillose ganglionnaire traitée et améliorée par la radiothérapie.

En France, à cette période, l'attention n'est pas encore attirée de ce côté-là, cependant que se multiplient les

communications à l'étranger, avec Grouven, en Allemagne, Zeisler, Pusey, Senn, Brown, Bryant, en Amérique.

Il faut arriver, toutefois, en 1902, avec Hendrix, de Bruxelles, avec Williams, de Boston, et Pusey, de Chicago (*Journal Amer. Med. Association Chicago*), pour avoir des résultats vraiment intéressants d'adénites tuberculeuses traitées systématiquement par les rayons X.

En 1903, Beresfond publie des résultats d'ulcérations tuberculeuses guéries par la radiothérapie. Varney (*The Journal of the American Association*, juin 1903) enregistre des cas de guérison de tuberculose cervicale ganglionnaire. Il en est de même de Childs (*Med. News*, 1903). En décembre 1903, Pfahler (*Journal of the Americ. Association*) montre la valeur indiscutable des rayons X dans les tuberculoses locales.

Les recherches et expériences d'Heinecke, de Leipzig, publiant, en 1903, un important travail sur les effets de la radiothérapie sur les organes hématopoïétiques, commencent à secouer le scepticisme des radiothérapeutes français. En 1904, Heinecke confirme ses résultats (*Munchener Medicinische Wochenschrift*, 13 mai 1904); c'est, dès lors, une série de communications françaises sur l'efficacité de la radiothérapie, avec Bécère et Reboul (de Nîmes).

1905 voit la confirmation des importants travaux de Bécère et l'éclosion d'une nouvelle série fort intéressante de communications avec Bergonié (Communication à l'Académie des sciences, mars 1905) (*Journal de médecine de Bordeaux*, 19 nov. 1905), avec Ferrand et Krouschkoll (*Gaz. des Hôp.*, 20 juin 1905), avec René Desplats (de

Lille), avec Hendrix (de Bruxelles) (*Sem. médicale*, 1905, p. 318, et *Journal de chirurgie et Annales des Sociétés belges de chirurgie*, Bruxelles, 1905, p. 156).

En 1906, paraît la première thèse française, la thèse de Röderer (Paris, 1906) sur « la radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires, articulaires, osseuses ».

Malgré les mauvais résultats rapportés par Valobra (*Sem. méd.*, 30 août 1906, *Sem. méd.*, 1905, p. 417) : « dangers de la radiothérapie dans les lésions ganglionnaires tuberculeuses », et l'observation de Quadrome (*Semaine méd.*, 1905, p. 375) : « cas de pleurésie séro-fibrineuse comme complication du traitement radiothérapique dans la pseudo-leucémie », les travaux se multiplient en 1906, avec, surtout, Barjon (de Lyon), qui fait une série de communications fort instructives et fort importantes dans le *Lyon médical* (14 octobre, 9 décembre).

C'est en 1906, qu'ont lieu les expériences si intéressantes et surtout si concluantes de Genoud et Lortet :

Ils inoculent des produits tuberculeux à des cobayes, dans la région inguinale. Trois des animaux sont quotidiennement irradiés. Au bout de quinze jours, tandis que les cinq animaux témoins présentaient de l'empâtement inguinal, les animaux irradiés n'avaient ni abcès, ni péri-adénites. Trois semaines après, suppuration des ganglions chez les animaux témoins, simple induration chez les animaux irradiés.

Depuis 1906, les travaux n'ont fait que se multiplier avec la thèse de Bonnefous (thèse de Bordeaux, 1907-08), avec une nouvelle série d'observations de Barjon (*Lyon médical*, 12 avril 1908, 1 avril 1910).

Enfin, au dernier Congrès international de physiothé-

rapie (Paris, mars-avril 1910), Kienböck, de Vienne, fait un rapport détaillé sur l'effet de la radiothérapie dans les cas de ce qu'il nomme : lymphomes tuberculeux. Barjon, dans ce même Congrès, communique de nouvelles observations d'adénites, surtout suppurées ou fistuleuses, améliorées ou guéries par la radiothérapie.

Notre maître, M. le docteur Barjon, a réuni, depuis, plusieurs observations d'adénites tuberculeuses fistulisées ou non, toutes efficacement traitées par les rayons X.

Ce sont ces observations récentes, ainsi que celles, très nombreuses, recueillies par M. le docteur Barjon depuis 1906, qui nous permettront de faire un travail d'ensemble sur l'action des rayons de Röntgen comme traitement des adénites tuberculeuses. Parmi les 300, et plus, observations recueillies par le docteur Barjon, nous n'avons voulu retenir que les plus typiques.

Nous les avons placées en fin de ce travail, ce qui permettra de s'y reporter facilement dans les cas nombreux où nous les citerons en cours de cette étude.

Après avoir, dans un premier chapitre, défini et bien délimité notre sujet, ne voulant pas nous égarer dans les diverses lymphadénies, leucémies ou pseudo-leucémies, nous aurons à envisager dans ce travail :

1° Quelle forme empruntent les diverses adénites, avec leur siège habituel ou anormal;

2° La technique et le mode opératoire employés dans les formes rencontrées au chapitre précédent, avec les résultats obtenus le plus souvent;

3° Le mode d'action des rayons X sur les ganglions tuberculeux, en un mot, le processus radioactif;

4° Les avantages de cette méthode de traitement et en particulier le parallèle avec l'intervention chirurgicale;

5° Les inconvénients, les accidents, les contre-indications de la radiothérapie. Nous discuterons, à ce moment, les accidents signalés par divers auteurs, et en particulier par Valobra ;

6° Les observations, que nous avons placées juste avant le dernier chapitre, consacré aux conclusions. Nous avons cru bon de grouper les observations avec des numéros d'ordre de façon à pouvoir s'y reporter très aisément.

Que M. le docteur Barjon, médecin des hôpitaux de Lyon, chez qui nous avons pu profiter, durant un semestre d'internat, de son précieux enseignement, reçoive ici l'expression de nos remerciements reconnaissants. Il nous a toujours accueilli avec une extrême bienveillance et nous a permis, par ses précieux conseils et son concours éclairé, de mener ce travail à bonne fin.

CHAPITRE II

Définition.

Il convient, au début de cette étude, de bien localiser le sujet que nous voulons traiter. Les termes de lymphadénie, d'adénie, de leucémie, de pseudo-leucémie, de lymphome, ont été, en effet, indifféremment et fréquemment employés par les auteurs radiothérapeutes.

Tout récemment encore, Kienböck parle, dans son rapport au Congrès de physiothérapie 1910, de lymphomes tuberculeux radiothérapés, de leucémies traitées par les rayons X. La distinction, à la lecture de son mémoire, est difficile à établir et pourtant combien le résultat est différent lorsqu'on a affaire à une véritable lymphadénie ou à une simple inflammation ganglionnaire, tuberculeuse ou non !

Gontier, dans sa thèse de Paris récente (1910), emploie également à tort, nous semble-t-il, le terme de lymphome tuberculeux. Dans ses conclusions, il est obligé de distinguer le lymphome tuberculeux de la lymphomatose généralisée (pseudo-leucémie tuberculeuse), de la pseudo-leucémie, employant ainsi des termes impropres et pouvant créer une confusion regrettable.

Bosquier et René Desplats (*Journal des sciences médicales de Lille*, 13 juin 1908) sont obligés d'employer les termes de « lymphocytome pseudo-leucémique d'origine vraisemblablement tuberculeuse ».

Tous ces auteurs ont tort, nous semble-t-il, d'employer les termes le lymphome, de lymphadénie aleucémique ou non, de lymphadénome, de lymphocytome.

Nous distinguerons, dans cette étude, aussi clairement que possible tout ce que l'on peut ranger dans une catégorie : tumeurs malignes, de ce qui entre délibérément dans la classe : inflammation ganglionnaire.

Nous laisserons de côté, en effet, tous les lymphosarcomes de diverses sortes, nous retrancherons de cette étude toutes les lymphadénies aleucémiques ou non. Nous ne parlerons pas, de ces cas où l'hypertrophie ganglionnaire n'est qu'un symptôme, où la formule hématologique est changée, où la maladie est une véritable maladie du sang. Cancer du sang ou non, la maladie évolue, dans ces formes, comme quelque chose de malin, de progressif et de fatal. Nous omettrons, à dessein, cette lymphadénie ganglionnaire généralisée, si magistralement étudiée par Trousseau, sous le nom d'adénie. Les tumeurs malignes primitives ou non (branchyomes, tumeurs à point de départ parotidien, thyroïdien, thymique, etc.), ne seront point citées dans ce travail.

Cette omission systématique de tout ce qui n'est pas ganglions inflammatoires, c'est-à-dire hypertrophie ganglionnaire d'origine infectieuse, tuberculeuse ou non, nous semble parfaitement justifiée. Dans les tumeurs malignes, en effet, pas de résultat définitif, récidives de règle, pour arriver à la terminaison fatale; dans les ganglions inflammatoires, au contraire, résultat merveilleux d'une radiothérapie bien conduite, résultats définitifs sans récidives, avec la guérison comme règle.

Qu'on se rappelle, à ce propos, les conclusions du rap-

port du docteur Barjon au Congrès de Lyon, 1906, sur le traitement de la leucémie :

« Il est absolument certain qu'il n'existe, à l'heure actuelle, aucun cas de leucémie bien observé et définitivement guéri par la radiothérapie. La valeur curative des rayons X, dans les organes hématopoiétiques et du sang, reste donc à démontrer. »

En résumé, notre étude s'appliquera au traitement radiothérapique d'affections ganglionnaires bénignes, *essentiellement bénignes*, n'ayant pas de tendance ni à se reproduire, ni à se généraliser comme les tumeurs malignes.

Ces ganglions inflammatoires pourront être de nature diverse, non point toujours, ni fatalement tuberculeux, mais infectés par une affection portant sur une quelconque des cavités de la face ou sur le cuir chevelu (carie dentaire, coryza, amygdalites, otites, conjonctivites, abcès rétro-pharyngiens, impétigo des enfants, etc., etc.). La plupart du temps, il s'agira cependant (90 à 95 p. 100 des cas) de tuberculose locale bénigne, de cette tuberculose ganglionnaire (écrouelles, scrofulose) que l'on rencontre si fréquemment dans le jeune âge. Le plus souvent, nous aurons affaire à cette bacilliose ganglionnaire héréditaire, survenant chez de jeunes sujets pâlots, un peu débiles, chez qui l'air de la mer, la cure d'altitude dans les régions montagneuses et boisées, l'huile de foie de morue l'hiver, le sirop iodo-tannique l'été, la suralimentation font la base des traitements médicaux.

Pour le traitement différentiel, entre l'adénite inflammatoire simple, tuberculeuse ou non, la leucémie et la lymphadénie ganglionnaire généralisée ou partielle, l'hé-

sitation ne devra pas être de longue durée, quoique, dans certains cas de lymphadénie partielle, le diagnostic se complique un peu.

On devra toujours rejeter l'hypothèse d'une leucémie myélogène, forme exceptionnelle. Dans les cas de doute, l'examen microscopique du sang fera disparaître toute hésitation. Cet examen nous montrera, en effet, un sang charriant des cellules blanches toutes différentes du type normal. Il nous fera constater l'apparition de cellules atypiques, de myélocytes, de formes naines de mono et de polynucléaires.

Le diagnostic avec la lymphadénie se pose plus fréquemment.

Ici une règle s'impose : une adénopathie suspecte doit faire immédiatement examiner l'état du foie et de la rate, voir s'il n'y a pas spléno ou hépatomégalie. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des lymphadénies, et non des moins rares, sans hépato ni splénomégalie. Il faudra, dans ces formes, s'appuyer sur l'examen du sang en se rappelant que, dans une première période, tout au début, le chiffre des globules rouges n'est guère modifié.

L'élément sur lequel doit s'appuyer le diagnostic est aussi, et surtout, l'énorme diminution des polynucléaires.

De 60 p. 100 ou environ, chiffre normal, ils descendent souvent à 20 et même à 10 p. 100. Gravitvz rapporte une observation fort intéressante de lymphadénie, ayant duré quatre ans, et où les polynucléaires étaient tombés à 5 p. 100.

Dans certains cas de lymphadénie partielle, le diagnostic se complique un peu. Nous ne voulons pas parler, évidemment, ici, de ces lymphadénomes testiculaires ou

amygdaliens que nous avons rarement l'occasion d'examiner, nous voulons seulement rappeler ces cas où une hypertrophie ganglionnaire partielle est seule apparente. Dans ces cas, il sera très difficile de distinguer une lymphadénie partielle d'une adénite simple, inflammatoire ou tuberculeuse.

On devra, pour faire le diagnostic, se rappeler de la sensation différente donnée à la palpation par une lymphadénie et une adénite inflammatoire. Ici, on reconnaît souvent, par une palpation attentive, les contours ganglionnaires; l'impression de dureté est plus nette, la délimitation se fait plus facilement; dans la lymphadénie on a une sensation plus flasque, plus diffuse, plus mollesse, il semble qu'il y ait quelque chose de gélatineux à l'intérieur de la tumeur.

Il faudra toujours se rappeler, en tout cas, que, d'un côté, nous avons affaire à une maladie du système ganglionnaire tout entier; que, de l'autre, il s'agit d'une maladie d'un groupe de ganglions localisés. En effet, cette localisation plus régulière dans les polyadénites inflammatoires servira, dans bien des cas, au diagnostic. Nous retrouvons, en général, dans les adénopathies simples ou tuberculeuses, les sièges d'élection ordinaires (ganglions sous-maxillaires, chaînes carotidiennes). Les autres régions sont souvent muettes à une palpation, même attentive. Il est bien rare, au contraire, qu'on ne trouve pas, dans une lymphadénie, même partielle, des ganglions généralisés (ganglions mésentériques, ganglions au pli de l'aîne, dans l'aisselle, etc.).

Mais la véritable pierre de touche sera cette notion fondamentale que la lymphadénie, contrairement au ganglion inflammatoire, ne suppure jamais.

Nous avons insisté, à dessein, sur le diagnostic différentiel entre la lymphadénie et l'adénopathie inflammatoire simple ou tuberculeuse. Nous y avons d'autant insisté, qu'au point de vue radiothérapique, comme nous l'avons déjà dit, une différence capitale, radicale, sépare les résultats obtenus, dans les cas de ganglions inflammatoire d'un côté, de l'autre, dans les cas de lymphadénie évoluant comme une véritable septicémie lymphatique. Ici, déboires thérapeutiques, récidives plus ou moins éloignées, mais fatales; là, au contraire, merveilleux effets des rayons de Röntgen, résultats définitifs et durables.

Il vaut donc mieux supprimer les termes de lymphome, de lymphocytome, pouvant donner lieu à des confusions regrettables, pour employer des termes clairs et précis, tels que : ganglions inflammatoires, adénite inflammatoire tuberculeuse, hypertrophie ganglionnaire d'origine inflammatoire, d'origine tuberculeuse.

Les termes seront peut-être moins savants, ils auront une phraséologie moins complexe, ils posséderont, en tous cas, le mérite de ne prêter à aucune confusion et celui d'exprimer clairement une idée nette et précise.

Localisons notre sujet et voyons, dans le chapitre suivant, quelles formes empruntent les diverses adénites inflammatoires et tuberculeuses. Voyons quel est leur fréquence, leur siège habituel, comme aussi, quelquefois, leur situation anormale.

CHAPITRE III

Quelles formes affectent les Polyadénites inflammatoires dont nous nous occupons? — Quelles sont leur nature, leurs diverses localisations ?

Evidemment, dans ce chapitre, nous éliminons tout d'abord les diverses adénopathies syphilitiques, cancéreuses, qui, pas plus que les lymphadénies et les lymphosarcomes, ne rentrent dans le cadre de cette étude.

Nous diviserons les polyadénites qui nous intéressent en deux grands groupes :

Les adénites aiguës et subaiguës d'origine non tuberculeuse;

Les adénites chroniques à marche torpide, d'origine tuberculeuse, dont l'évolution nous apparaît sous des aspects si divers.

Les adénites aiguës et subaiguës forment une classe infime dans l'histoire de la radiothérapie et dans les observations de notre maître, M. le docteur Barjon. Nous rapportons plus loin cinq observations (obs. I, II, III, IV et V) de malades atteints d'adénites aiguës traités dans la clientèle de ville ; la clientèle hospitalière ne se souciant pas de venir à l'installation d'électricité médicale pour se faire soigner de ganglions qui, souvent, rétrocedent rapidement et guérissent spontanément. C'est, en effet, cette

guérison spontanée, de règle, cette évolution rapide, qui fait le peu de cas d'adénites aiguës soignées par les rayons de Röntgen. L'éducation médicale des malades n'est, d'ailleurs, pas assez élevée pour les faire aller spontanément demander conseil à des radiothérapeutes pour des affections aiguës se terminant favorablement.

L'histoire de la radiothérapie nous fournit à peine quelques cas d'adénites aiguës traitées systématiquement par les rayons X, Renies (*Wiener klein. Woch.*, 1907, n° 50) nous en rapporte bien quelques cas, mais il a affaire surtout, comme il le dit d'ailleurs, à des « bubons vénériens » plutôt qu'à de véritables cas d'adénites aiguës.

L'observation la plus typique de polyadénite aiguë traitée par la radiothérapie nous est rapportée par Jaugeas dans « la *Presse médicale* du 19 octobre 1910 ». L'observation est d'autant plus intéressante qu'il s'agissait d'un ancien abcès rétro-pharyngien ayant laissé, à sa suite, d'énormes masses ganglionnaires comprimant chaque côté du cou et rendant de plus en plus difficiles la respiration et la déglutition. La faiblesse de la malade ajoutait encore de l'intérêt à la radiothérapie, puisque cet état de faiblesse ne permettait que difficilement une intervention opératoire.

Quatre jours après la première irradiation (séance de cinq H), la malade pouvait absorber des aliments solides, ce qui lui était impossible auparavant. Quatre jours après, les deux tumeurs latérales étaient ramollies et le tour du cou avait diminué de cinq centimètres.

Les travaux d'Hubner fournissent, ainsi que ceux de Nancioni et Paoli, d'intéressants résultats venant justifier l'application de la radiothérapie dans les cas d'inflammation aiguë ganglionnaire.

Les résultats de notre maître, M. le docteur Barjon, obtenus dans les cinq observations (I, II, III, IV et V), sont identiques et viennent renforcer encore les résultats des radiothérapeutes cités plus haut.

La conclusion est que, dans les polyadénites aiguës, survenant la plupart du temps, comme dans les observations que nous venons de citer, à la suite d'amygdalites aiguës, le traitement radiothérapique fait merveille. Pour ces ganglions, qui ne disparaissent que lentement, à la suite d'une affection aiguë, l'emploi des rayons X constitue une merveilleuse méthode de traitement. Les ganglions fondent véritablement et très rapidement (une à deux séances de trois à quatre H), sous l'influence des rayons de Röntgen. La douleur et la gêne disparaissent en même temps que l'hypertrophie ganglionnaire.

On comprend bien la rareté du traitement radiothérapique dans les polyadénites aiguës se terminant favorablement et d'elles-mêmes; on conçoit aussi la fréquence de ceux qui viennent demander aide aux rayons X pour l'affection si tenace, si rebelle, si lamentablement chronique, qui se nomme la polyadénite chronique d'origine tuberculeuse.

Les adénites tuberculeuses, qui font la grosse majorité des adénites traitées dans les services de radiothérapie et sur lesquelles ont paru, surtout depuis 1902, de multiples travaux, affectent diverses formes, que nous allons décrire.

Les deux formes principales qu'affectent les adénites bacillaires sont :

- 1° La forme chronique dure;
- 2° La forme suppurée.

Qui ne connaît ces polyadénites si fréquentes dans le jeune âge, si rebelles à tout traitement médical, que l'on essaye de faire rétrocéder par l'huile de foie de morue et l'arsenic ?

En variété, en nombre, en volume, elles affectent un polymorphisme extraordinaire. C'est que tous les ganglions peuvent se prendre, tantôt en une seule fois, tantôt en plusieurs temps. On ne peut faire vraiment un tableau d'ensemble, on ne pourrait faire qu'une série de tableaux tous aussi imparfaits les uns que les autres. Qu'on réfléchisse à la multiplicité des ganglions, surtout des ganglion cervicaux, et l'on pourra se faire une idée des formes que peuvent affecter les polyadénites chroniques tuberculeuses.

Tantôt un seul ganglion peut être pris, gros comme une noisette, il peut avoir également le volume d'un petit œuf, d'une mandarine, d'une orange plus ou moins volumineuse. C'est là une forme rare; en général, il y a polyadénite multiple et le nombre des ganglions peut varier entre des chiffres assez divers. Le plus souvent, quatre, six, dix, vingt ganglions sont pris dans une même région, affectant la forme dite type carotidien, type maxillaire. Tantôt un seul côté du cou est pris, tantôt les ganglions hypertrophiés forment une double chaîne cervicale.

Ils s'agglomèrent souvent entre eux, formant des paquets volumineux, durs, bosselés. On reconnaît, en palpant attentivement la tumeur, qu'elle est constituée par une série de masses plus ou moins volumineuses, mais non différenciées entre elles, accolées les unes aux autres, agglomérées en quelque sorte dans une espèce de gangue, de coque fort résistante.

Les localisations des polyadénites chroniques sont aussi variables que le nombre et le volume des ganglions.

Il y a cependant quelques localisations plus fréquentes les unes que les autres.

C'est ainsi que les ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires sont affectés d'une manière très fréquente par rapport aux autres sièges d'adénopathie. Les rétro-maxillaires sont particulièrement ordinaires.

Par ordre de fréquence viennent ensuite les sous-maxillaires et les ganglions de la nuque que nous avons eu maintes occasions d'observer avec notre maître, M. le docteur Barjon.

Nous avons vu également assez souvent des ganglions parotidiens ou préauriculaires; ceux de la gouttière carotidienne, du creux sus-claviculaire et de la région axillaire ne sont pas rares, non plus.

Il nous a été donné d'observer un ganglion dans la région génienne, ganglion du volume d'une noisette (voir obs. VI). Cette localisation nous paraît particulièrement rare, ainsi que les ganglions sous-pectoraux signalés par Clocquet et que nous n'avons jamais observés.

Nous avons laissé pour la fin les adénites chroniques suppurées fistulisées ou ulcérées. Ce sont, en effet, les plus intéressantes à cause des bons résultats obtenus par la méthode radiothérapique, à cause surtout de la gêne des malades porteurs de cette affection, à cause aussi du résultat esthétique des plus remarquables obtenu par les rayons X.

Les auteurs se sont occupés de cette forme, après avoir essayé pendant plusieurs années la radiothérapie sur les adénites inflammatoires seules, sans toucher aux suppurations ganglionnaires.

Notre maître, M. le docteur Barjon, dans sa communication faite au III^e. Congrès international de physiothérapie (Paris, 29 mars 1910), a bien mis en lumière les résultats merveilleux obtenus par l'emploi des rayons X dans toutes les suppurations ganglionnaires, en particulier dans les ulcérations cutanées, les fistulisations avec suppurations prolongées, les chéloïdes cicatricielles.

Nous nous proposons de suivre la classification proposée par M. le docteur Barjon, classification toute basée sur la clinique et sur les nombreuses observations qu'il a recueillies tant dans sa clientèle de ville que dans sa clientèle hospitalière.

La classification est la suivante :

2 sortes de suppurations ganglionnaires { fermées.
ouvertes.

*Suppurations
ganglionnaires
fermées.*

1° Ganglions suppurés fluctuants sans inflammation, ni rougeur locale, ni adhérence de la peau.

Forme abcès froid.

N^{os} des observations : 25, 26, 27, 28,
29, 30, 31, 32, 33.

Nombre d'observations : 9.

2° Ganglions suppurés fluctuans avec peau adhérente, rouge, enflammée, plus ou moins tendue et parfois prête à s'ouvrir.

Forme abcès chaud.

Nombre d'observations : 10.

N^{os} des observations : 34, 35, 36, 37,
38, 39, 40, 41, 42, 43.

*Suppurations
ganglionnaires
ouvertes.*

3° Ulcérations consécutives à l'ouverture d'un abcès ganglionnaire, avec suppurations persistantes, croûtes superficielles, clapiers plus ou moins profonds, lésions de voisinage de la peau d'aspect lupique.

Nombre d'observations : 7.

N^{os} des observations : 47, 48, 49, 50, 51, 52, 62.

4° Vieilles fistules ganglionnaires à suppuration persistante.

Nombre d'observations : 11.

N^{os} des observations : 53, 55, 58, 50, 60, 63, 64, 65, 66, 68, 69.

5° Ulcérations phagédéniques consécutives à l'ablation des ganglions suppurés.

Nombre d'observations : 3.

N^{os} des observations : 51, 52, 62.

Nous ne pouvons séparer de ces adénites suppurées ou fistuleuses la classe : ganglions caséux. Ils ne diffèrent, en effet, au point de vue thérapeutique, de la forme suppurée, qu'en ce sens, qu'ils se vident souvent plus difficilement de leur caséum que ne se vident de leur pus les ganglions suppurés. Nous ferons de cette forme caséuse le point de passage entre la forme inflammatoire indurée et la forme suppurée.

A cette classification, nous joindrons les chéloïdes cicatricielles, dont nous possédons quelques observations, chéloïdes que la radiothérapie a soit considérablement améliorées, soit entièrement guéries.

En résumé, de ce chapitre nous retenons, à part les

adénites aiguës, deux grandes formes de polyadénites chroniques :

Une forme de polyadénite chronique dure ;

Une forme de polyadénite suppurée, fistuleuse ou caséeuse.

Dans le prochain chapitre, après avoir exposé la technique et le mode opératoire, nous nous proposerons de donner les résultats obtenus par la radiothérapie dans ces diverses formes, avec les observations à l'appui.

CHAPITRE IV

Technique. — Mode opératoire. Résultats obtenus.

Le chapitre technique, la façon d'opérer est bien le chapitre le plus délaissé par les auteurs qui rapportent les résultats de l'emploi des rayons dans les diverses adénopathies.

Røederer, dans sa thèse de Paris (1906), n'est pas explicite sur la façon d'irradier les ganglions. Il isole bien la surface à irradier, mais il laisse souvent la durée de l'irradiation et la distance de l'ampoule au tact de l'opérateur. La durée des séances est de cinq à 10 minutes, il filtre ou ne filtre pas les rayons, et ne parle pas des formes où il vaut mieux filtrer, des formes où la filtration est plutôt nuisible.

Bonnefous, dans sa thèse de Bordeaux (1907-08), passe rapidement sur le chapitre technique, ne dit rien d'une façon systématique, ne propose aucun « *modus operandi* » invariable.

Et, pourtant, il nous semble que c'est à une technique rigoureuse, impeccable, que l'on doit les beaux succès de la radiothérapie, et surtout de ne pas avoir de déboires ni d'accidents de radiodermite !

Gontier, seul, dans sa thèse récente de Paris (1910), propose une technique raisonnée, mais sans faire de différence entre les rayons filtrés ou non. Il recourt à de fortes doses (quatre à cinq H), ce qui est très acceptable, mais ne dit pas s'il faut les renouveler tous les quinze jours ou toutes les trois semaines.

Nous ne citons que pour mémoire l'opinion de Bergonié, opinion combattue à l'heure actuelle par la plupart des radiothérapeutes, qui prétend que les irradiations les plus efficaces sont celles qui produisent une inflammation marquée de la peau. Il répète, du reste, ce qui nous semble un tort, les séances tous les cinq à huit jours.

Nous ne suivrons pas non plus les observations de Frank Vale, dans le *Medical News*, qui irradie les ganglions deux fois par semaine durant quinze à vingt minutes !! Il est vrai de dire qu'avec ce traitement, il guérit avec des irradiations portant sur la tête des lésions cérébrales d'origine *probablement* tuberculeuse !

Miraculeusement, sa méthode d'irradiation crânienne guérit une perte du goût de son malade et une perturbation cérébrale portant surtout sur un affaiblissement considérable de la mémoire !!

C'est par leur manque de méthode que Ferrand et Krouschkoll (*Gazette des hôpitaux*, 20 juin 1905), irradiations espacées de trois à cinq jours, voient apparaître des érythèmes venant entraver le traitement.

Par une technique bien conduite, on arrive, malgré l'imperfection des instruments actuels de dosage, à éviter les accidents qui ont fait tant redouter, au début, l'action des rayons X.

La technique que nous allons exposer est celle employée

par M. le docteur Barjon, à l'hôpital de la Charité de Lyon. Il y a lieu de se réjouir de cette technique, puisque sur plus de 300 observations recueillies par M. le docteur Barjon, on ne trouve pas un seul grave accident, sauf, de temps à autre, quelques légères pigmentations passagères de la peau.

Les ampoules dont nous nous servons sont des ampoules Chabaud-Villard, à osmo-régulateur. La qualité des rayons employés correspond aux n^{os} 5 et 7 du radiochromomètre de Benoist. Les ampoules portent des embouts protecteurs. Quant à la quantité des rayons X arrivant sur la surface à irradier, elle ne dépasse pas 5 à 6 unités H réparties en trois ou quatre séances. Cette série de trois à quatre séances n'est reprise qu'au bout de trois semaines. On peut continuer ainsi de trois semaines en trois semaines la série des séances, suffisantes pour la réduction maxima des tumeurs. Les rayons sont filtrés par un filtre d'aluminium d'un demi à un millimètre d'épaisseur. Ce filtre sert à arrêter les rayons mous, très nuisibles pour la peau. Donc, toutes les fois que l'on veut traiter un ganglion enflammé sous une peau saine, les rayons seront filtrés par une lame d'aluminium d'un demi à un millimètre d'épaisseur. Au contraire, dans les cas où la peau est malade et ulcérée, on emploiera des rayons nus, c'est-à-dire non filtrés. Dans ces formes, les rayons nus accélèrent la cicatrisation. Une fois la cicatrisation achevée, on reviendra à l'emploi de rayons filtrés sur aluminium.

L'ampoule est placée à une distance d'environ 15 centimètres de la peau. Il est rare que l'on soit obligé de rapprocher l'ampoule de l'épiderme.

Dans les adénopathies aiguës, nous l'avons déjà vu,

avec un pareil traitement on voit se produire une véritable fonte ganglionnaire au bout d'une à deux séances.

Dans les adénopathies chroniques, indurées et inflammatoires, les rayons de Röntgen font merveille également. Dans les observations de VI à XXII, il y a toujours soit une très grosse amélioration, soit une guérison complète et définitive. Et pourtant, des malades étaient porteurs de ganglions depuis plusieurs années ! Dans ces formes indurées, nous adjoignons volontiers un traitement général (huile de foie de morue, arsenic), au traitement radiothérapique. Sous l'influence de ces traitements combinés, on voit les adénopathies fondre peu à peu et parfois disparaître complètement.

L'action se porte d'abord sur la gangue de périadénite qui entoure les amas ganglionnaires. Cette gangue disparaît vite et les ganglions s'individualisent. A ce stade, la régression devient lente, les petites tumeurs disparaissent soit en totalité, soit en laissant une sorte de résidu fibreux, dur, roulant sous le doigt. Ce résidu finit lui-même ordinairement par disparaître après quelques mois.

Le résultat favorable est obtenu ordinairement en huit à douze séances. Mais, comme nous l'avons déjà dit, les séances doivent être espacées méthodiquement si l'on veut éviter toute radiodermite. Elles sont échelonnées, suivant les cas, sur une durée de deux, trois ou quatre mois.

Il est inutile de vouloir discuter ici des résultats indiscutables, sur lesquels tous les auteurs sont d'accord. Un seul point du débat est intéressant à trancher : le traitement radiothérapique provoque-t-il la suppuration des ganglions irradiés ? Notre réponse est : non. Jamais nous n'avons vu suppurer, en cours de traitement, un gan-

gion qui ne présentait ni ramollissement, ni fluctuation au début des irradiations. Nous avons vu, au contraire, plusieurs fois, des ganglions très enflammés, avec rougeur de la peau, et qui se sont résorbés sans se ramollir. Toutes les fois que la suppuration est intervenue secondairement, on aurait pu la prédire, d'après la consistance du ganglion, avant tout début de traitement. Toutes les fois que la radiothérapie est impuissante à faire disparaître des adénites inflammatoires, il faut songer à une collection purulente constituée.

Ce sont ces cas, pour la plupart pas très bien observés, qui ont fait dire : les rayons X font suppurer les ganglions. Ils ne les font pourtant pas suppurer si rien dans le ganglion ne fait prévoir une suppuration prochaine ; mais que le ganglion soit déjà en voie de suppuration et la suppuration s'accélère sous l'influence des rayons X. C'est ce qui a fait l'erreur et le malentendu des auteurs. Les rayons X ne créent pas la suppuration là où elle n'existe pas encore ; ils ne font que l'activer singulièrement lorsqu'elle existe déjà. A ce point de vue-là l'action de la radiothérapie n'est pas douteuse.

Une fois la collection purulente constituée, les irradiations ne peuvent, à elles seules, en provoquer la résorption. Le moindre point suppuré empêche les rayons X d'agir efficacement.

A ce propos, M. le docteur Barjon cite volontiers le cas d'un malade envoyé par un médecin traitant, étonné de l'inefficacité du traitement dans un cas d'adénite inflammatoire.

« En examinant bien soigneusement, dit le docteur Barjon, je finissais par trouver un petit point fluctuant pro-

fond; une ponction aspiratrice donnait issue à quelques gouttes de pus, et, à partir de ce jour, le traitement radiothérapique redevenait efficace. »

Dans les formes d'adénites subaiguës en voie de caséification, faut-il radiothérapher ? Røderer, Bonnefous, Gontier, dans leurs thèses respectives, concluent à la négative. Bonnefous dit que les rayons X ne rentrent pas dans le traitement de cette forme-là. Barjon conclut également à l'abstention dans les formes véritablement caséuses. Ici, on peut appliquer le raisonnement que nous tenions plus haut pour les ganglions en voie de suppuration. Les rayons X n'agissent pas plus sur le caséum que sur le pus, mais que le caséum soit enlevé comme dans les observations XXIII et XXIV, et la radiothérapie redevient active. Il y a des cas où les ganglions peuvent être vidés, soit par une petite brèche au bistouri fin, soit par une ponction capillaire, si le caséum n'est pas trop épais. A ce point de vue, l'huile peut rendre des services signalés, en modifiant la consistance du caséum, en le rendant ramolli et apte à sortir du ganglion. Il est enfin des cas où la peau est ulcérée, où le ganglion, en pleine fonte caséuse, est apparent et s'étale en surface. Dans ces cas, il faut déterger, bien enlever le caséum avant de faire les irradiations qui n'agiront, dans ce cas comme dans les autres, qu'autant qu'il n'y aura plus de matière caséuse et que le ganglion sera bien détergé.

Le résultat, au point de vue esthétique, sera, dans ces formes caséuses, différent suivant que l'on aura eu affaire à un ganglion déjà ulcéré, à un ganglion ponctionné capillairement, à un ganglion vidé par le bistouri fin.

Dans les ganglions vidés par une ponction capillaire

ou par un coup de bistouri fin, le résultat esthétique sera parfait, il ne restera pas traces de l'orifice de la ponction, on aura une peau souple, non adhérente. Dans le cas d'ulcération caséuse du ganglion, la cicatrice pourra être visible, mais toujours avec une peau aplanie sans chéloïde, ni apparence disgracieuse.

Nous nous étendrons plus longuement sur les formes adénites suppurées dont nous allons méthodiquement passer en revue les résultats, en suivant la classification adoptée plus haut.

Ces formes sont les plus intéressantes, car le malade en est le plus souvent fort incommodé; de plus, la radiothérapie seule étant impuissante à faire disparaître la suppuration, nous lui adjoignons diverses méthodes thérapeutiques que M. le docteur Barjon, dans son service, a toujours employées avec succès.

Dans les suppurations ganglionnaires fermées, affectant la forme abcès froid, c'est-à-dire la forme sans rougeur de la peau, sans douleur locale, il faut, avant tout, vider le pus. Avec une aiguille en platine de 7 à 8 dixièmes, on pratique un orifice petit dans la peau. Le pus est aspiré facilement, car, dans ces formes, il ne contient, le plus souvent, ni grumeaux, ni parties solides caséuses pouvant obstruer la cavité de l'aiguille. On vide le ganglion aussi complètement que possible, puis cette évacuation est suivie d'un lavage antiseptique.

Pour ce lavage, on peut employer diverses substances : l'huile goménolée à 20 ou 50 p. 100, l'huile iodoformée à 5 p. 100, créosotée à 10 p. 100 et la teinture d'iode pure. M. Barjon trouve que le meilleur lavage est celui fait avec un mélange de goménol et teinture d'iode renfermant

30 parties de goménol pour 60 de teinture d'iode. Ce mélange iodo-goménolé a, sur la teinture d'iode pure, l'avantage d'être moins irritant et surtout de ne pas obstruer l'aiguille comme le fait la teinture d'iode en produisant une sorte de boue épaisse, difficilement aspirable au moment où l'on retire le lavage. Lorsque, même avec ce mélange, il se forme une sorte de boue grumeleuse, on se trouvera bien de faire un second lavage avec de l'huile pure diluant bien le pus et désagrégeant parfaitement les grumeaux.

Cette ponction, suivie de lavage, doit être parfois renouvelée deux fois, trois fois, jusqu'à six ou huit fois, surtout dans les cas d'abcès volumineux avec suppuration persistante.

On peut faire suivre chaque ponction d'une séance de radiothérapie, mais, en règle générale, il vaut mieux réserver les doses fortes d'irradiation pour le moment où la suppuration est tarie et où il ne reste plus que la partie dure. A ce moment-là, on en est revenu à traiter un simple ganglion inflammatoire.

La guérison par ce procédé est absolument définitive, sans trace de cicatrice. C'est un résultat absolument parfait come le démontrent principalement les observations XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, etc.

Dans la forme abcès chaud, le résultat est peut-être moins favorable. La peau est chaude, le ganglion est fixé; tout autour de lui se voit une inflammation plus ou moins vive. La région est souvent tuméfiée, chaude, douloureuse. On doit essayer d'abord la ponction à l'aiguille, qui, souvent, ne réussit pas à cause de la qualité du pus, très épais, très grumeleux. Après avoir retiré l'aiguille,

on doit alors essayer, par une série de pressions digitales sur le pourtour du ganglion, de vider celui-ci.

On sera souvent étonné de voir passer d'énormes grumeaux par ce minuscule orifice distendu grâce à son élasticité. Le lavage iodo-goménolé est souvent merveilleux en pareil cas.

Si la ponction capillaire est insuffisante, il ne faut pas hésiter à faire une ponction étroite au bistouri, à drainer même avec une petite mèche de gaze qu'on ne laissera en place que deux à trois jours. Cette méthode a trouvé son application dans les observations XXXVI, XXXVII, XLII, avec des résultats favorables. Ordinairement, cette petite incision est suffisante sans que l'on ait besoin de recourir à de plus grandes, qui laisseraient une cicatrice visible.

Les séances de radiothérapie se feront comme dans la forme « abcès froid ».

Les résultats, toujours excellents au point de vue disparition ganglionnaire, sont variables, au point de vue esthétique, suivant que l'on s'est contenté d'une simple ponction capillaire ou d'une incision.

Avec la simple ponction capillaire, résultat parfait, sans trace de cicatrice (obs. XXXI, XXXII, XXXIV, XXXV, etc.).

La ponction simple sans bistouri, sans drainage ou avec drainage de courte durée, donne aussi de bons résultats. La cicatrice est souvent à peine visible et doit être recherchée (obs. XXXVI, XXXVII, XLII).

En cas d'incision plus large, la cicatrice peut être visible, mais sans jamais présenter l'aspect chéloïde des cicatrices post-opératoires ou des cicatrices suite d'une suppuration ganglionnaire livrée à elle-même.

En résumé, dans les suppurations ganglionnaires fermées, le résultat est parfait tant au point de vue régression qu'au point de vue esthétique.

Dans les formes : suppuration ganglionnaire ouverte, le résultat thérapeutique est encore excellent, le résultat esthétique variable suivant les formes, mais toujours non comparable à celui obtenu par une intervention chirurgicale ou en laissant la suppuration se tarir d'elle-même.

Dans les formes ulcéreuses, si vilaines, si rebelles à tout traitement, si disgracieuses, surtout chez les jeunes filles, il ne faut point se rebuter. Le traitement pourra être long, mais les efforts seront toujours couronnés de succès.

Il faut, avant toutes choses, bien nettoyer les clapiers, bien désinfecter les ulcérations, les croûtes, d'abord ramollies avec des tampons de ouate imbibés d'eau exoxygénée, seront enlevées avec précaution, avec minutie. La plaie, une fois appropriée, pourra être badigeonnée largement avec de la teinture d'iode, de l'huile créosotée ou créosoto-iodée, ou iodo-goménolée. Les irradiations seront faites à ce moment-là, mais irradiations, cette fois, pratiquées par des rayons nus, non filtrés. On ne cherche pas à avoir des rayons durs, on ne veut pas faire pénétrer les rayons en profondeur, puisque la lésion siège en surface. C'est dans cette forme ulcéreuse que l'on reconnaît l'action véritablement excitante et cicatrisante à la fois des rayons X. Les ulcérations se ferment, en effet, rapidement, les longues suppurations se tarissent assez vite et, de cette large surface ulcérée, il ne reste bientôt qu'une cicatrice, visible à la vérité, mais souple, sans apparence chéloïdienne.

Les observations XLVII, XLIX, L, LI sont démonstra-

tives à cet égard, ainsi que l'observation XLVIII, où la jeune malade est encore en traitement, mais combien déjà améliorée.

Dans les ulcérations phagédéniques, consécutives à l'ablation de ganglions suppurés, le résultat peut être caractéristique et très rapide comme en témoigne l'observation typique que nous rapportons dans le chapitre suivant.

Dans les vieilles formes fistuleuses, suintantes, parfois depuis dix-huit mois, parfois depuis plusieurs années, le résultat radiothérapique n'est pas moins beau, ni moins typique. Les observations LII, LIII, LIV, LV, etc., montrent combien le résultat peut être obtenu rapidement, puisque, parfois, en cinq à dix séances, le résultat peut être définitif. La cicatrice est très peu visible, comme en témoignent les observations LII, LIV, LV. Nous associons volontiers au traitement radiothérapique une série d'injections modificatrices, précieuses auxiliaires des rayons X.

On recherche le trajet fistuleux avec une aiguille de petit calibre et celui-ci, une fois trouvé, on injecte à des profondeurs variables, mais souvent très grandes, soit de la teinture d'iode pure, soit la solution iodo-goménolée. Il est remarquable, quant aux doses injectées, de voir combien la teinture d'iode est bien supportée. Elle ne provoque ordinairement aucune réaction inflammatoire et habituellement qu'une petite douleur aiguë, de très courte durée.

Enfin, dans les chéloïdes cicatricielles, suite d'intervention chirurgicale ou suite d'une suppuration laissée à elle-même, dans ces cicatrices à bords surélevés, rougeâtres,

une série de séances de rayons X, filtrés ou non, vient aplanir ces chéloïdes et leur donner un aspect présentable. Leur rougeur, leur dureté disparaissent pour laisser place à une peau souple, plane, non rugueuse au toucher. A la vérité, on ne fait pas disparaître entièrement toute cicatrice, mais d'une cicatrice très disgracieuse à la vue et au toucher on en fait une cicatrice non adhérente, avec les apparences ordinaires. On conçoit combien ce résultat peut être intéressant, au point de vue esthétique, chez les jeunes filles qui ne peuvent garder au cou ces cicatrices adhérentes, allongées et boursoufflées.

Les observations LVII, LIX, LX, LXI, LXIII, LXVII, LXX sont concluantes à ce sujet.

On le voit, la radiothérapie fait merveille dans les formes si diverses revêtues par les adénites, depuis le simple degré inflammatoire jusqu'aux chéloïdes cicatricielles en passant par les diverses formes suppurées et fistuleuses.

Quel est donc le mode d'action vraiment remarquable des rayons X, qui, dans certains cas, agissent comme destructeurs du tissu adénoïdien, dans d'autres, comme excitateurs et agents de cicatrisation ?

CHAPITRE V

Mode d'action. — Processus radioactif.

C'est par une action directe sur le tissu lymphoïde qu'il faut expliquer l'action de la radiothérapie dans la tuberculose ganglionnaire.

Cette action, essentiellement destructive, est admise depuis les expériences de Heinecke, par tous les radiothérapeutes : Melchner et Mosen, Aubertin et Beaujard, Béclère, Kienböck, Barjon, pour ne citer que quelques-uns d'entre eux.

Les expériences de Heinecke, de Leipzig (*Munch. med. Woch.*, 1903-1904-1905), sont fondamentales et restent encore, à l'heure actuelle, des plus importantes. Il a démontré que tous les tissus lymphoïdes avaient une réaction, en quelque sorte spécifique, aux rayons X. Il a montré l'action destructive des rayons de Röntgen sur les corpuscules de Malpighi de la rate, action se manifestant huit à douze heures après l'application et achevée vingt-quatre heures après.

Plus sensibles encore à l'action des rayons X sont les ganglions lymphatiques où l'on obtient une destruction des lymphocytes et phagocytose de leurs noyaux avec une très courte exposition, un quart d'heure, par exemple.

Il en est de même pour les follicules de l'intestin et du thymus chez les jeunes animaux. La moelle osseuse, elle-même, tout en étant moins sensible que le tissu lymphoïde à l'action des rayons de Röntgen, présente cependant une réaction assez nette.

Done, avant tout, *action destructive du tissu lymphoïde par les rayons X.*

Cette action destructive est admise par tout le monde, à l'heure actuelle. D'ailleurs, d'autres expérimentateurs sont venus corroborer les expériences d'Heinecke, de Leipzig. Melchner et Mosen (*Berliner klin. Woch.*, 1904) ont obtenu, chez des lapins, une destruction, par les rayons de Röntgen, du tissu lymphoïde.

Aubertin et Beaujard (Soc. de biologie, 4 février 1905) ont vu également les mêmes modifications du tissu lymphoïde et de la moelle des os chez leurs lapins en expérience.

Cette action destructive existe-t-elle seule ? N'y a-t-il pas, également, une action bactéricide ?

Cette action bactéricide doit être éliminée. Kienböck a démontré que les irradiations, aux doses thérapeutiques, ne sont pas suffisantes pour détruire les bacilles. Pour tuer ceux-ci, il faudrait une dose qui n'irait pas sans gros dommages pour l'épiderme.

Les rayons X n'agissent pas plus sur les bacilles tuberculeux qu'ils n'agissent sur les spores de la trichophytie. Dans la teigne, en effet, la radiothérapie est un agent d'épilation venant supprimer l'habitat des spores trichophytiques; dans la tuberculose ganglionnaire, l'habitat, le milieu nutritif du bacille se trouvant supprimés, le bacille meurt et sa multiplication est entravée. Privé de son

habitat, le bacille perd son extraordinaire fécondité et en est réduit à disparaître.

Dans certains cas, les rayons X n'agissent pas en détruisant complètement l'habitat du bacille, mais en créant une sorte de tissu fibreux, cicatriciel, aux lieu et place du ganglion hypertrophié. Ce mode de guérison fibreux n'est pas spécial aux ganglions tuberculeux, c'est le mode de guérison général à toutes les tuberculoses locales. Dans la tuberculose pulmonaire, par exemple, les lésions guérissent, on le sait, en créant ces tubercules crétacés et fibreux si fréquemment trouvés aux autopsies. Les bacilles sont emprisonnés, en quelque sorte, dans cette sorte de gangue fibreuse comme dans une prison infranchissable. Ils sont ainsi réduits à l'impuissance absolue. A la coupe, en effet, de ces tubercules fibreux, on peut retrouver des bacilles. Il en est de même pour les ganglions tuberculeux; la radiothérapie fait rétrograder l'hypertrophie ganglionnaire, crée du tissu fibreux venant emprisonner dans une sorte de filet très serré les bacilles tuberculeux impuissants. En coupant ces ganglions durs et fibreux, on retrouverait quelques bacilles, comme dans le cas de la tuberculose pulmonaire guérie.

Donc, à côté d'une action purement destructive, il existe une action en quelque sorte emprisonnante du bacille. Sont-ce bien là les seules actions de la radiothérapie, ne pourrait-on pas avoir, dans certains cas, tout au moins, une autre action, excitatrice celle-là, cicatrisante en quelque sorte ?

Ce rôle nous semble exister, très difficilement démontrable à la vérité, mais existant tout de même.

Dans les ulcérations tuberculeuses consécutives à l'ou-

verture d'abcès ganglionnaires, dans les ulcérations phagédéniques surtout, larges et profondes, consécutives à l'ablation de ganglions suppurés, que détruiraient les rayons X, quel tissu lymphoïde ou autre viendrait supprimer les rayons de Röntgen ?

Nous ne pouvons nous refuser à reproduire ici, résumée, une observation, qui nous paraît caractéristique, comme preuve du rôle excitateur et cicatrisant des rayons X. Nous l'empruntons à M. le docteur Barjon (*Lyon médical*, 17 avril 1910) :

« Il s'agit d'un homme de 35 ans opéré dans le service de M. le professeur Poncet pour des ganglions suppurés des régions inguinales droite et gauche. Le malade sortit de l'hôpital, la cicatrisation non encore achevée. Sous l'influence de la marche, les ulcérations s'agrandirent peu à peu et d'autres se formèrent au voisinage. Le malade vint, porteur de six grandes ulcérations.

« Les plus grandes, à gauche, mesurant, l'une 8 centimètres sur 3; l'autre, transversale et plus étendue, 14 centimètres sur 4; enfin la troisième, située à la partie supérieure de la cuisse, 6 centimètres sur 5. A droite, une ulcération, moins étendue, mais mesurant encore 5 centimètres sur 2 1/2, et l'autre 5 centimètres sur 3 1/2. Enfin, une dernière, plus petite, sur la fesse. Toutes ces ulcérations, à bords irréguliers, taillés à pic, avec fond bourgeonnant, d'aspect phagédénique. Elles avaient tendance à s'accroître malgré tous les traitements locaux employés. Le traitement fut commencé le 15 novembre 1909; le 19, soit quatre jours après, modification déjà considérable. Le 15 décembre, après cinq séances, la cicatrisation était presque complète; elle était définitive le 31 dé-

cembre, après six séances; la peau reformée était mince et souple. La guérison s'est bien maintenue depuis. ».

Ce cas nous rappelle un autre malade, actuellement encore en traitement, pour une ulcération tuberculeuse du médius droit. Une séance de radiothérapie a suffi, chez ce second malade pour faire cicatriser une ulcération longue de 2 centimètres environ sur 1 1/2 de large. Cette ulcération avait été traitée, sans aucun succès, par tous les moyens possibles; l'ongle avait été enlevé par deux fois, et trois à quatre fois, un curettage énergique de la plaie avait été pratiqué.

Ces deux résultats rapides et inespérés n'autorisent-ils pas à dire que, dans certains cas, les rayons X agissent comme agent excitateur et cicatrisant ? N'est-on pas en droit de conclure que les rayons X ne sont pas seulement destructeurs des tissus, mais aussi, dans certains cas, agents d'épidermisation ? Sur quoi agissent, dans ces cas, les rayons de Röntgen ? Ils semblent s'adresser, à la fois, aux éléments épithéliaux et conjonctifs des tissus avec prédilection pour ces derniers. Ce rôle excitateur et cicatrisant n'existe pas seulement pour les formes ulcéreuses où des doses faibles suffisent souvent, il existe encore d'une façon très typique dans beaucoup d'autres tuberculoses cutanées.

Ce rôle, nous l'avons dit, n'a pas encore été démontré expérimentalement, c'est pourquoi un grand nombre de radiothérapeutes se refusent encore à l'admettre, mais il semble bien que les observations, citées plus haut, sont en faveur de cette interprétation.

CHAPITRE VI

Avantages.

De l'étude que nous venons de faire sur l'action, le mécanisme des rayons X, il semble ressortir un fait précis : c'est que la radiothérapie est le traitement idéal des polyadénites inflammatoires. Ce traitement, en effet, n'offre que des avantages, au triple point de vue :

Local;

Récidives;

Général.

Dans les formes indurées et banales rencontrées si fréquemment (obs. n° VI à n° XXII), le sujet est porteur de masses indurées persistantes, souvent depuis plusieurs années. Le traitement général : cacodylate de soude, huile de foie de morue, toniques généraux, suralimentation, n'a souvent eu aucune prise sur des lésions dont la caractéristique est la chronicité. Le climat marin, si indiqué dans les diverses formes de tuberculose cutanée, n'a pas suffi à faire disparaître les chaînes ganglionnaires. Nous ne parlons pas des applications locales résolutives que tous nous avons vu échouer : teinture d'iode, pommades innombrables appliquées le plus souvent au grand détri-

ment de la peau, sans aucun dommage pour les ganglions sous-jacents. Dans ces cas, on abandonne de plus en plus l'intervention chirurgicale. Que peut faire une opération contre une multiplicité de ganglions ? On ne peut faire, en vérité, une opération radicale trop laborieuse ou trop difficile, et si l'on y recourait, ce serait au prix de quels délabrements et de quelles cicatrices !

Dans tous ces cas d'induration ganglionnaire (qu'on veuille bien se reporter aux observations n° VI à n° XXII) nous n'avons jamais vu échouer les rayons de Röntgen. Nous avons, au contraire, vu une disparition très rapide des ganglions traités par la radiothérapie là où tous les traitements locaux et généraux avaient été successivement essayés sans aucun succès.

Qu'on nous permette de rapporter ici, comme exemple de l'action bienfaisante de la radiothérapie, en parallèle avec l'inefficacité de tous les traitements médicaux, l'observation suivante, qui nous semble très typique :

Il s'agit d'une fillette, atteinte d'adénite cervicale bilatérale, inscrite pour aller suivre à Giens une cure de climat marin. Avant son départ, on traite, suivant la technique habituelle, la chaîne ganglionnaire cervicale droite. Les ganglions disparaissent peu à peu, sous l'influence des rayons de Röntgen. L'enfant part à Giens (bains de mer, toniques généraux, suralimentation) porteuse de ganglions cervicaux gauches. A son retour, six mois plus tard, l'on constate un état général meilleur, avec persistance de la chaîne ganglionnaire gauche (non irradiée). Les ganglions du côté droit, irradiés avant le départ, n'ont pas récidivé et la guérison de ce côté-là est absolument parfaite.

Dans les formes suppurées, dans les suppurations ganglionnaires ouvertes ou fermées, l'avantage de la radiothérapie est encore plus palpable, nous semble-t-il.

Il y a des cas, d'abord, où un ganglion suppuré pris à temps disparaîtra, en suivant notre technique, d'une façon totale, complète, sans laisser absolument aucune cicatrice visible. Ces cas sont très démonstratifs et montrent la supériorité de la méthode radiothérapique sur l'intervention chirurgicale. Ici, cicatrice plus ou moins visible, suivant l'étendue de l'intervention; là, au contraire, aucune cicatrice: après la guérison: peau souple, sans induration.

Dans les cas où l'on est obligé de recourir à la ponction capillaire ou même à une ponction au bistouri fin avec drainage de courte durée, l'avantage sur une opération chirurgicale est indiscutable.

La ponction capillaire (très souvent efficace si elle est bien maniée) donne des chances très minimes d'infection secondaire. Combien plus dangereuse est la porte d'entrée faite par une longue incision au bistouri suivie souvent d'un curettage! Après l'intervention, les lésions sont souvent laissées à elles-mêmes, sont mal pansées et s'infectent secondairement. Aussi, combien de cicatrices vicieuses et chéloïdiennes! Dans les cas où, comme adjuvant de la radiothérapie, une ponction au bistouri fin est indiquée, jamais de cicatrices très visibles si l'on a laissé en place peu de temps un petit drainage tout à fait suffisant: jamais, en tout cas, de ces énormes coutures bosselées et rougeâtres, indices d'une suppuration prolongée. Avec la radiothérapie, autre avantage: minimum de chances pour une généralisation à distance venant compliquer

parfois une intervention chirurgicale, même bien conduite, mais qui brasse forcément les germes tuberculeux, les lançant dans le torrent circulatoire.

Il est aussi des cas (ulcérations tuberculeuses multiples) où la chirurgie est désarmée, où la radiothérapie, au contraire, est plus que jamais active, merveilleux sédatif de toutes ces ulcérations.

Enfin, un traitement chirurgical, même très bien conduit, n'est pas sûr de tarir, à jamais, une suppuration ganglionnaire. Combien avons-nous vu, après une intervention chirurgicale, de fistules suintantes, persistantes pendant plusieurs années ?

L'observation que nous rapportons ici est une preuve de ce que nous avançons :

Une jeune fille, opérée dans le service de M. le docteur X..., chirurgien des hôpitaux de Lyon, vient trouver M. le docteur Barjon pour des fistules suintantes, persistant depuis l'année 1907, c'est-à-dire depuis la date de l'intervention chirurgicale. Ces fistules ont été fermées en deux séances de radiothérapie. Pour que le résultat soit absolument parfait, neuf séances seulement ont été faites.

Ce cas montre d'une façon très typique, nous semble-t-il, la supériorité incontestable de la radiothérapie sur l'action purement chirurgicale.

Au point de vue récidives, la supériorité de la radiothérapie sur la chirurgie est évidente. Est-on jamais sûr, dans une opération, d'enlever tous les ganglions malades, de détruire toute la substance ganglionnaire hypertrophiée ? Les récidives locales, sur place, en chirurgie, ne se comptent pas ; nous n'en avons jamais observé avec le

traitement radiothérapique. Nous avons vu, chez plusieurs enfants traités, réapparaître l'année suivante des ganglions du côté opposé, jamais « in situ » nous n'avons observé de récurrence locale d'un ganglion disparu.

Nous n'avons pas parlé d'un des avantages de la radiothérapie sur la chirurgie, au point de vue « douleur ». Le traitement par les rayons X étant absolument indolore, ne nécessitant aucune anesthésie, est la méthode de choix chez les enfants qui s'habituent très vite à un traitement sans dangers et absolument indolore. Pas de pansement à faire, des irradiations simples qui n'effraient nullement les enfants.

La radiothérapie partage enfin, avec la chirurgie, le mérite d'améliorer ses clients au point de vue état général .

Personne ne met en doute, à l'heure actuelle, les bons effets du traitement radiothérapique sur l'état général.

Plusieurs de nos observations (voir obs. VIII, XI, LII, LXII, LXIII) sont absolument concluantes à cet égard et montrent, à la fin du traitement radiothérapique, un sujet plein d'appétit, engraisé souvent de plusieurs kilogrammes (obs. XI).

Les rayons X agissent, à n'en pas douter, en détruisant des foyers inflammatoires, en cicatrisant des suppurations ou des fistules qui restaient, pour l'organisme, des sources d'intoxication. On voit, sous l'influence des irradiations, l'état général se transformer, un retour des forces et l'atténuation d'un état de faiblesse qui se prolongeait souvent depuis longtemps déjà. Les maux de tête peuvent disparaître, comme en témoigne l'observation VIII.

Il est donc légitime, après ces constatations, d'appli-

quer systématiquement la radiothérapie au traitement des réactions d'ordre inflammatoire des ganglions lymphatiques. La bénignité de ce traitement le fait d'ailleurs accepter par le malade plus facilement que le traitement chirurgical.

Dans le chapitre suivant, nous nous occuperons des contre-indications, des inconvénients et des accidents que peut présenter la radiothérapie.

CHAPITRE VII

Contre-Indications. — Inconvénients et Accidents.

Une contre-indication primordiale à la radiothérapie est la température élevée. Dans les cas où la température évolue autour de 39°, on ne doit pas radiothérapher. Nous ne parlons pas, évidemment, des cas où la température est fonction de lésions pulmonaires plus ou moins étendues, nous n'envisageons ici que les cas où la lésion locale donne la température. Donc, pas d'irradiations au moment des poussées fébriles; il vaut mieux attendre que la température soit redescendue autour de la normale pour reprendre les irradiations.

Mais la température ne redescend pas toujours; elle se met à osciller souvent avec un à deux degrés de différence entre le matin et le soir. Se méfier alors de complications phlegmoneuses du côté des ganglions. Très souvent, en effet, à ce moment, on constate une peau rouge, luisante, tendue, la palpation est très douloureuse, montre une fluctuation considérable. Cette forme est plutôt justiciable du chirurgien que du radiothérapeute. Ce qu'il faut, à cette forme, c'est une incision large avec curettage profond, qui viendra débarrasser rapidement le malade et le mettra à l'abri soit de complications profondes, soit de ces vastes décollements si ennuyeux à guérir.

Chez les tuberculeux avancés, avec des cavernes irrémédiables, la radiothérapie devra, bien entendu, être complètement laissée de côté. Le radiothérapeute doit, avant tout, se comporter en médecin et mettre ses connaissances en première ligne. C'est sur elles qu'il doit s'appuyer pour juger des indications et contre-indications de cette méthode de traitement.

A côté de ces contre-indications, sur lesquelles nous passons rapidement, estimant que le tact du praticien, son flair clinique le mettront très sûrement en garde, il existe quelques inconvénients dans la radiothérapie comme dans toutes les autres méthodes thérapeutiques.

Nous diviserons les inconvénients ou accidents de la radiothérapie en accidents locaux et accidents généraux.

Si les premiers existent parfois, mais déjà très atténués par un dosage exact, par une technique précise, nous pensons pouvoir démontrer que les seconds n'ont pas une base suffisamment solide pour pouvoir être admis.

Nous avons constaté quelques petites poussées œdémateuses se produisant quatre à huit heures après la séance d'irradiation. Ces petites poussées consistent en un œdème local de la région irradiée. Cet œdème est de couleur légèrement rosée. Il disparaît ordinairement dans la nuit ou le lendemain matin. Ce petit accident est utile à connaître, car il est bon d'en avertir les malades à la première irradiation, qui, sans cela, reviennent, quelques heures après la séance, vous montrer un cou enflé et une tumeur augmentée de volume. Cet accident est plutôt un incident qu'un véritable inconvénient : ces phénomènes, se produisant très souvent à la première irradiation, se reproduisent plus rarement déjà à une deuxième

séance. Jamais nous ne les avons vus persister et se reproduire à la troisième ou quatrième irradiation. Jamais nous ne les avons vus non plus entraîner, à leur suite, d'accident, même minime.

Sans employer de doses trop fortes, sans dépasser la mesure des doses thérapeutiques, il est deux accidents, assez fréquemment observés :

L'érythème;

La pigmentation.

L'érythème est un phénomène se produisant dans les deux ou trois jours qui suivent une irradiation. La peau prend une coloration plus ou moins rougeâtre, avec contours plus ou moins irréguliers. A ce niveau, pas de douleur, mais un peu de chaleur de la peau. Pas de bourrelet délimitant d'une façon précise l'arrivée à la peau saine, mais plutôt un ton qui va se dégradant pour arriver à la couleur de la peau normale. Cet érythème est un incident bénin, sans suites graves. Nous ne l'avons jamais vu, en effet, persister plus de quarante-huit heures à trois jours. Toujours nous avons vu une « *restitutio ad integrum* » absolument complète.

Déjà un peu plus sérieux est l'accident pigmentation. Certaines peaux prennent facilement une pigmentation, d'autres deviennent difficilement pigmentées. Les bruns et brunes nous ont paru se pigmenter plus facilement que les blonds ou les roux. Cette pigmentation, qui affecte toute la gamme des tons entre la teinte légèrement grisâtre et la teinte véritablement bronzée, peut être très ennuyeuse, chez les jeunes filles surtout. Cette pigmentation peut, en effet, persister plusieurs semaines durant. Elle ne donne, à l'entour, aucune autre réaction, elle n'est

pas douloureuse, ni au toucher, ni d'une façon spontanée. Elle peut s'étendre assez loin de l'endroit irradié. Dans tous les cas où nous avons vu apparaître cette pigmentation, nous l'avons vu disparaître d'une façon totale au bout de cinq à six semaines, rarement au bout de plusieurs mois au maximum.

Bien autrement sérieux est l'accident observé sous le nom de radiodermite. On ne peut faire un tableau d'ensemble de cet accident. La radiodermite, en effet, comme les brûlures, est susceptible d'affecter plusieurs degrés. Elle peut affecter, au premier degré, la forme phlycténulaire localisée pour, quelquefois, donner des lésions beaucoup plus vastes et plus étendues, tant en surface qu'en profondeur. Souvent elle affecte la forme d'un véritable eczéma croûteux avec de petites infections secondaires sous les croûtes. Ces croûtes, tombées, se reforment assez vite et, ce qui fait la caractéristique de cette forme, c'est sa durée, sa ténacité, sa résistance à tout espèce de traitement local. Le mot « radiodermite » vient, d'une façon fréquente, dans la bouche ou sous la plume de ceux qui n'osent se confier aux rayons X. Et pourtant quel accident plus facilement évitable que cette complication ? Il est si facile d'éviter toute réaction cutanée, en se servant des instruments de mesure, que nous possédons, malgré leur imperfection. M. le docteur Barjon n'a observé, sur plus de 300 observations de ganglions traités, de cas de radiodermite un peu sérieux. Il a vu quelquefois des pigmentations assez persistantes, jamais de véritable radiodermite. Une bonne précaution est la filtration des rayons à travers une plaque d'aluminium de 1 millimètre d'épaisseur. On arrête ainsi tous les rayons mous, qui sont très

nocifs pour la peau et que leur faible degré de pénétration rend tout à fait inutiles pour le traitement, car ils n'atteignent pas les ganglions. Pour éviter la radiodermite, il faut, avant tout, espacer les séances. Tout en ne pas dépassant la dose 5 à 6 H, que nous considérons comme maximum, il faut laisser s'écouler trois semaines avant la reprise d'une nouvelle série de séances. Ce qu'il faut, avant tout, c'est éviter les séances répétées. Avec une dose seulement de 2 H, mais dose répétée toutes les semaines, on aurait, à coup sûr, de la radiodermite.

Erythème, pigmentation, radiodermite, tels sont donc les trois accidents locaux pouvant être présentés par la radiothérapie.

A côté de ces accidents purement locaux, il est classique, depuis les divers rapports de Valobra en 1905, d'envisager, dans la radiothérapie, des accidents généraux.

Ce que Valobra dit avoir surtout constaté, c'est un état fébrile avec phénomènes généraux. L'état fébrile durait trois à quatre heures après la séance. Il se demande donc si la radiothérapie, avec la réaction qu'elle provoque, n'est pas susceptible d'avoir de fâcheuses conséquences en donnant un coup de fouet à l'affection. Valobra fait la même réserve pour la pseudo-leucémie qu'il considère comme très souvent tuberculeuse.

Vales cite un cas de tuberculose cérébrale survenu au cours de séances de radiothérapie.

Jacobœus rapporte un cas de granulie pendant un traitement radiothérapique.

Enfin, M. Quadrome (*Sem. méd.*, 1905) rapporte deux cas de pleurésie séro-fibrineuse comme complication du traitement radiothérapique de la pseudo-leucémie. Une

de ces pleurésies, par l'examen cytologique, aurait été nettement tuberculeuse.

Nous n'avons, pour notre part, jamais observé d'élévation de température. Certains auteurs cependant en rapportent des exemples. Jamais ce symptôme n'a d'allures menaçantes, dit Kienböck. A Valobra, qui prétend que, dans la radiothérapie, il y a mise en liberté dans la circulation générale, de bacilles virulents, on peut répondre qu'il y a simplement mise en circulation de produits libérés par la destruction des leucocytes, produits bien suffisants pour expliquer une élévation de température. A la crainte d'une apparition de tuberculose miliaire généralisée, conséquence de la suppression d'une hypertrophie ganglionnaire, on peut répondre, avec Kienböck, « que des cellules en voie de résorption et de dégénérescence ne doivent guère être en état de coloniser un nouveau foyer et de produire des métastases, et qu'un ganglion, en voie de régression, ne donnera guère lieu à tout un semis de bacilles virulents. »

Donc le fait élévation de température ne doit pas faire renoncer au traitement. Pour les cas de pleurésie rapportés par Quadrome, ils ne sont pas suffisamment démontrés tuberculeux pour être intéressants. Les deux cas, le deuxième tout au moins, portent sur des cas de lymphadénie où la pleurésie est un fait banal, véritable symptôme de la maladie. Les cas rapportés, en somme, ne semblent pas entrer dans le cadre « tuberculose inflammatoire banale ».

On peut répondre enfin que le nombre de cas rapportés est tellement minime, qu'il est négligeable. Combien de fois n'avons-nous pas vu, en clinique, chez des tubercu-

leux non irradiés, survenir des incidents inattendus et graves ?

Pourquoi, chez ces malades irradiés (95 fois pour 100 tuberculeux avérés), n'y aurait-il pas, de temps à autre, quelques accidents de généralisation que l'on observe bien chez les malades ordinaires traités d'une façon purement médicale ?

Dans le service de radiothérapie de notre maître, M. le docteur Barjon, sur plus de 200 tuberculeux avérés, mais surveillés et auscultés, sans contre-indications pulmonaires particulières, nous n'avons jamais vu se produire d'accidents. Nous en rencontrerons peut-être ; pour le moment, du moins, nous concluons nettement que le traitement radiothérapique ne prédispose pas les tuberculeux à des accidents plus que tous les autres traitements.

CHAPITRE VIII

Observations.

Toutes les observations que nous publions ici sont dues à la bienveillance de M. le docteur Barjon. Ces malades ont été suivis tant dans la clientèle hospitalière que dans la clientèle de ville de M. Barjon.

Nous avons été forcé, vu leur nombre, de les résumer et de ne mettre en lumière que leurs points principaux.

Nous les avons réunies autant que possible suivant la classification adoptée plus haut par nous.

Quant aux photographies, que nous avons pu recueillir, nous les avons groupées toutes ensemble à la fin de ce travail. Chaque observation accompagnée de photographie porte la mention « photographie ». Il est donc facile de s'y reporter à la fin de ce travail. Nous aurions voulu grouper un plus grand nombre de photographies, afin de montrer des résultats en quelque sorte palpables; malheureusement, un très petit nombre de malades ont été photographiés avant le traitement et, pour ceux-ci, il nous a été, la plupart du temps, impossible de les faire revenir, ces malades habitant souvent loin de Lyon.

OBSERVATION I

Adénite inflammatoire récente. — Guérison avec dose 5 H.

C..., 21 mois.

Pas d'antécédents héréditaires personnels.

A l'entrée : poussée ganglionnaire datant de six semaines avec malaises, fièvre ($38^{\circ}5$, 39°). Depuis douze jours apyrexie, mais persistance des ganglions.

Masse sous-maxillaire et parotidienne gauche volumineuse et saillante, constituée par 3 à 4 ganglions durs, chacun du volume d'une cerise.

Traitement radiothérapique : 5 unités II réparties en quatre séances. Rayons filtrés. Disparition complète et rapide des ganglions.

OBSERVATION II

Adénite sous-mentonnière aiguë. — Guérison avec dose 3 à 4 H.

M^{lle} R..., 20 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

A l'entrée : ganglion sous-mentonnier du volume d'une petite noix, dur, douloureux à la palpation, avec légère rougeur de la peau.

Date de huit jours seulement. Pas de fièvre.

Deux séances de radiothérapie (3 à 4 H), rayons filtrés sur aluminium.

Disparition rapide. Guérison.

OBSERVATION III

Ganglion rétro-auriculaire droit aigu. — Guérison avec 3 à 4 H.

D..., bébé de 15 mois.

Présente depuis huit à neuf jours un gros ganglion du volume d'une grosse noix, situé derrière l'oreille droite. Grosses amygdales.

Trois séances de radiothérapie (dose : 4 unités H en tout).
Grosse diminution de volume trois jours après la première séance, Disparition rapide après la troisième séance.

OBSERVATION IV

*Grosse adénite parotidienne gauche. — Guérison avec
3 à 4 H.*

D..., sœur du précédent.

Présente depuis quelques jours un gros ganglion à évolution aiguë, situé dans la région parotidienne gauche et du volume d'une noix.

Trois séances de radiothérapie : le ganglion continue à augmenter de volume après la première séance, sous l'influence de poussées dentaires; l'enfant a mis trois dents. Diminution de volume de la masse et dissociation de 4 ou 5 ganglions après la deuxième séance.

Disparition après la troisième séance.

Dose totale : 3 à 4 unités H.

OBSERVATION V

Adénite inflammatoire survenue trois mois après une fièvre typhoïde. — Suppuration ganglionnaire. — Ponctions. — Drainage. — Radiothérapie (20 H.). — Guérison.

R... Joséphine, 25 ans, sœur à l'hôpital de la Croix-Rousse.

Fièvre typhoïde en mars 1909. Ganglions cervicaux avec suppuration en mai 1909.

5 ponctions capillaires évacuent chaque fois 12 à 15 cc. de pus bien lié. Lavages à l'huile goménolée.

Première séance de radiothérapie le 25 juin 1909.

Inflammation du ganglion, la peau rougit, on ponctionne au bistouri fin. Petite mèche. La suppuration se tarit, on reprend les séances le 16 juillet 1909.

On fait une dose de 20 unités H réparties en 26 séances. Guérison complète avec fermeture du petit trajet fistuleux le 4 mars 1910.

OBSERVATION VI

Ganglion de la région génienne avec adénopathies sous-maxillaires. — Siège anormal d'un ganglion. — Malade non suivie complètement.

R... Andréa, 9 ans.

Antécédents tuberculeux. Divers points d'ostéite du tibia grattés et guéris dans le service du D^r Vignard (Charité). Réaction nette à la tuberculine.

Divers ganglions sous-maxillaires.

A la sixième séance, apparition d'un ganglion, gros comme une graine de raisin, dans l'épaisseur de la joue droite.

Dose : 15 H répartie en 12 séances. Les ganglions ont tous diminué de volume. La malade n'est pas revenue se montrer.

Cette observation offre un certain intérêt, en raison du siège anormal d'un ganglion, siège que nous n'avons jamais retrouvé depuis.

OBSERVATION VII

Adénopathie rétro-maxillaire droite. — Masse du volume d'une mandarine, récente, datant de quinze jours. — Disparition de la grosse masse avec une dose de 5 à 6 H.

V... Charles, 4 ans.

Pas d'antécédent bacillaire : un frère mort de broncho-pneumonie, suite de coqueluche. Père et mère vivants. Coqueluche récente. Il y a quinze jours, à la suite d'une éruption abondante sur les lèvres, poussée ganglionnaire rétro-maxillaire droite (volume d'une mandarine), pas de rougeur de la peau.

Dose : 5 à 6 H, répartie en 6 séances de radiothérapie.

Guérison complète, la grosse masse a complètement disparu. En somme, résultat très beau et surtout très rapide.

OBSERVATION VIII

Adénopathies cervicales et maxillaires à énorme développement. — Forme inflammatoire. — Guérison complète (45 H). — Amélioration de l'état général.

B... Marie, 20 ans.

Adénopathies cervicales dans l'enfance (vers l'âge de 12 ans). Nouvelles poussées en février 1906. Traitement par l'arsenic et le sirop iodo-tannique sans gros résultats.

A l'entrée : énormes masses sous-maxillaires et cervicales bilatérales, avec forte saillie. Malade complètement défigurée.

Dose : 45 unités H réparties en 35 séances.

Guérison complète.

Revue la malade en juin 1908 : jeune fille complètement transformée. Aucun ganglion apparent, aucune déformation. Excellent état général. Les maux de tête accusés par la malade, à l'entrée, ont complètement disparu.

OBSERVATION IX

Adénites cervicales tuberculeuses chroniques datant de trois ans. — Guérison (30 H).

B... Antoinette, 16 ans et demi.

Antécédents tuberculeux. Mère morte tuberculeuse.

Rougeole à 15 ans.

Début des adénopathies, il y a trois ans.

S'enrhume facilement l'hiver.

A l'entrée : coryza chronique (simple rhinite vestibulaire, D^r Collet).

Trois groupes ganglionnaires du côté gauche surtout.

Un groupe sur la branche montante du maxillaire inférieur.

Un groupe sous-maxillaire (deux ganglions assez volumineux).

Un groupe parotidien, sous le sterno-cléido-mastoïdien (trois à quatre ganglions assez volumineux).

Guérison (dose 30 H répartie en 24 séances).

OBSERVATION X

Grosses masses ganglionnaires bilatérales. — Radiothérapie 16 à 18 H à gauche, 12 à 14 H à droite. — Guérison.

M^{lle} C..., 19 ans.

Père et mère bien portants.

Aucun antécédent.

Rougeole dans l'enfance. A eu, à plusieurs reprises, des poussées ganglionnaires dans le cou. Depuis trois à quatre ans ces ganglions ont grossi et persistent malgré le traitement général et local (entre autres, injections par la méthode de Callot).

A l'entrée : deux grosses masses ganglionnaires bilatérales occupant la région parotidienne, chacune du volume d'une pomme, mais plus importante et plus ancienne à gauche. Chaque masse est une agglomération de ganglions.

Radiothérapie : 8 séances à gauche (16 à 18 H), 6 séances à droite (12 à 14 H). Rayons filtrés sur aluminium.

Durée du traitement : vingt-cinq jours environ. Diminution rapide des masses ganglionnaires.

Un mois après, la malade écrit être complètement guérie, ses ganglions ont complètement disparu à gauche et sont imperceptibles à droite.

OBSERVATION XI

Adénopathies cervicales tuberculeuses. — Mauvais état général. — Guérison des adénopathies (20 H). — Amélioration de l'état général.

B... Angèle, 11 ans.

A l'entrée : mauvais état général. Tousse continuellement, souffre de l'estomac. A maigri de 1 kil. 500 en huit jours.

Un ganglion à droite gros comme une petite noix, derrière le sterno-cléido-mastoïdien. Un autre symétrique à gauche, gros comme une noisette. Ganglions carotidiens plus petits à droite. Après une dose de 10 H, état général très amélioré : son poids est passé de 28 kilos à 32 kil. 500. Les adénopathies ont beaucoup diminué.

Guérison complète avec dose 20 H répartie en 16 séances.

Nous avons revu le père et la mère de la malade six mois après la dernière séance. La malade allait tout à fait bien. Ses glandes ont complètement disparu. Pas de récurrence. L'état général reste bon.

OBSERVATION XII

Poly-adénites inflammatoires tuberculeuses du cou. — Grosse amélioration (10 H).

C... Emilie, 17 ans.

Pas d'antécédents de tuberculose.

Début de l'adénopathie il y a deux ans. Intervention chirurgicale. Adénopathie continue à augmenter de volume.

A l'entrée : 10 à 12 ganglions tout le long de la gouttière carotidienne. Les plus volumineux sont à gauche, dans la région parotidienne et sous-maxillaire. Bon état général.

Avec dose de 10 H répartie en 8 séances, *grosse amélioration* : la masse ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne n'est presque plus apparente. Légère pigmentation de la peau. Très bon état général.

Nous n'avons pas revu la jeune malade.

OBSERVATION XIII

Adénites cervicales, sus-claviculaires, sous-maxillaires bilatérales, d'origine tuberculeuse. — Grosse amélioration avec 15 H.

C... Hélène, 24 ans.

Antécédents tuberculeux nets : pleurésie à 13 ans. Hémoptysie il y a trois ans. Tousse à l'entrée. Maigrît.

Début de l'adénopathie il y a trois ans, à l'occasion d'une grossesse.

A l'entrée : grosses masses ganglionnaires bilatérales s'étendant des creux sus-claviculaires à la pointe de la mastoïde. Ils sont durs, mobiles, sans points de ramollissement.

Après dose de 15 H répartie en 12 séances, tous les ganglions sont en bonne voie de régression. Ceux de gauche, qui ont été les plus irradiés, sont les moins gros maintenant.

Nous n'avons pas revu la malade.

OBSERVATION XIV

Adénopathies cervicales affectant la forme inflammatoire. — Hérité tuberculeuse nette. — Grosse masse cervicale droite. — Guérison avec 25 H.

B... Elise, 22 ans.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère vivante, toussé. 2 frères morts en bas-âge, l'un de méningite.

Personnellement, toutes les maladies de l'enfance. Ablation de végétations adénoïdes. Bronchite à l'âge de 13 ans.

S'enrhume facilement les hivers, toussé à cette époque de l'année.

Début des adénopathies il y a trois ans. Avait déjà eu des glandes en bas-âge.

A l'entrée : masse rétro-maxillaire droite du volume d'une très grosse noix. A gauche, pas de masse proprement dite, mais des ganglions carotidiens isolés. Quelques ganglions sous-mentonniers durs, et assez fibreux.

On se contente d'irradier la masse droite.

Celle-ci disparaît avec 25 unités H réparties en 29 séances. Il ne reste plus que de tous petits ganglions à peine perceptibles et très durs.

OBSERVATION XV

Forme inflammatoire. — Gros ganglions sous-maxillaires gauche et droit. — Grosse amélioration avec dose de 10 H environ.

D... Pauline, 24 ans.

Pas d'antécédents tuberculeux, ni héréditaires, ni personnels.

Toujours un peu chétive.

Début des ganglions vers l'âge de 7 à 8 ans.

A l'entrée : deux masses rétro-maxillaires. La plus grosse à gauche et du volume d'une mandarine. A droite, un peu moins grosse.

Dose de 10 à 11 H répartie en 9 séances sur la masse gauche. Après ce traitement, diminution de la masse gauche, qui devient beaucoup moins grosse que la droite.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XVI

*Adénite parotidienne ancienne. — Radiothérapie (30 à 32 H)
Guérison.*

M^{lle} B..., 18 ans.

Très bonne santé habituelle.

Aucun antécédent héréditaire.

Adénites cervicales datant de quinze mois.

Sont restées stationnaires puis grossissent depuis trois à quatre mois.

A l'entrée : 2 ganglions parotidiens à l'angle du maxillaire droit, chacun du volume d'une noix et très apparents. Consistance dure. Pas de fluctuation ni de rougeur de la peau.

Radiothérapie : 16 séances (dose, 30 à 32 H). Rayons filtrés sur aluminium.

Durée du traitement : deux mois et demi.

Guérison complète et qui s'est bien maintenue depuis.

OBSERVATION XVII

Adénite inflammatoire bilatérale. — La plus grosse masse à gauche. — Guérison avec 45 H. — Les ganglions passent à l'état de petits grains de plomb durs et fibreux.

F... Françoise, 11 ans.

Pas d'antécédents héréditaires. Un frère atteint de bronchite.

Personnellement, rougeole à 5 ans, ablation de végétations adénoïdes à 9 ans.

A l'entrée : fillette pâle. Facies adénoïdien.

Nombreux ganglions cervicaux bilatéraux.

A droite, masse ganglionnaire (volume d'un haricot).

Avec dose de 30 H portant sur le côté droit, grosse diminution de la masse droite, les ganglions passent à l'état de grains de plomb. Les ganglions gauches non traités ont augmenté de volume. On les traite à leur tour : grosse diminution avec 15 H.

On revoit la fillette six mois après : les ganglions, tant à gauche qu'à droite, ne sont plus qu'à l'état fibreux et durs (grains de plomb).

L'état général semble amélioré.

OBSERVATION XVIII

*Adénopathies cervicales inflammatoires. — Radiothérapie.
— Grosse amélioration avec 20 H. — Guérison complète
avec 50 H en tout. — Photographie.*

M^{me} C..., 39 ans.

Malade porteuse d'un ganglion ayant débuté il y a quatorze ans, après la mort de son premier mari, qui était tuberculeux. Deux fils bien portants.

Depuis deux à trois ans le ganglion a commencé à grossir.

A l'entrée : ganglion du volume d'un œuf de poule occupant la région parotidienne, s'étendant depuis le lobule de l'oreille jusqu'au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur.

Grand diamètre : 9 centimètres.

Diamètre transverse : 5 centimètres.

Un autre ganglion du volume d'un œuf de pigeon dans le creux sus-claviculaire.

Ganglions non douloureux. Ne tousse pas, n'a jamais toussé.

Avec 20 H disparition du ganglion parotidien.

Il regrossit quelque temps après (volume d'une noix).

Nouvelle dose de 30 H.

Guérison complète avec dose de 50 H en tout, répartie en 42 séances de radiothérapie.

OBSERVATION XIX

Adénite inflammatoire gauche du volume d'une grosse noix. — Aspect disgracieux de la figure. — Râles de bronchite. — Amélioration de l'adénite et de l'état général avec dose de 30 H.

G... Joséphine, 16 ans.

Pas de maladie antérieure. Parents inconnus.

A l'entrée : râles de bronchite. Gros ganglion rétro-maxillaire gauche (volume de grosse noix).

Autres ganglions pré-auriculaires. Ganglion sous le sterno droit.

Petits ganglions du creux sus-claviculaire des deux côtés.

Avec dose de 30 H répartie en 24 séances, les ganglions ont presque disparu. Le visage n'est plus disgracieux ni asymétrique. On juge le traitement suffisant et on laisse partir la fillette, qui va être placée.

OBSERVATION XX

Polyadénites cervicales. — Forme inflammatoire.

Guérison avec 30 H.

M^{me} P... Jeanne, 42 ans.

Frère mort de pleurésie. Deux enfants bien portants. A été soignée à Saint-Pothin (20 piqûres de Hg sans résultat).

Les ganglions datent de l'âge de 20 ans.

A l'entrée : ganglions multiples sous-maxillaires, cervicaux, gouttières carotidiennes, creux sus-claviculaires. Ces ganglions sont relativement durs, petits, roulant sous le doigt.

Avec dose de 30 H, répartie en 24 séances, disparition des ganglions. Il ne reste plus à droite qu'un petit ganglion du volume d'une noisette. Les autres sont imperceptibles.

OBSERVATION XXI

Adénite inflammatoire. — Grosse masse ganglionnaire sous-maxillaire droite. — Guérison avec dose de 65 H.

B... Paul, 21 ans.

Parents bien portants.

Personnellement, bonne santé habituelle. Pas de bronchite.

A l'âge de 10 ans, adénopathie sous-maxillaire gauche. Excision. Cicatrisation au bout de trois mois.

Il y a un an, tuméfaction à la région sous-maxillaire

droite. Deux dents cariées enlevées n'empêchent pas la tumeur de s'accroître.

A l'entrée : malade robuste. A la région sous-maxillaire gauche, deux cicatrices allongées, très visibles.

Adénite, tuméfaction du volume d'un poing.

Des deux côtés, petites chaînes ganglionnaires.

Avec dose de 65 H, répartie en 64 séances, disparition de la grosse masse ganglionnaire droite.

Il ne persiste plus que quelques ganglions isolés que l'on continue à traiter actuellement.

OBSERVATION XXII

Forme inflammatoire. — Adénites cervicales bilatérales du volume d'une noix. — Guérison avec 80 H.

P... Yvonne, 8 ans et demi.

Petite rachitique. A marché tard (4 ans). Inflexion des membres inférieurs.

Tousse fréquemment. Toux parfois rauque.

A l'entrée : deux masses ganglionnaires symétriques sous-maxillaires, du volume d'une noix.

Avec dose de 80 H, répartie en 65 séances, guérison.

La déformation du visage a disparu. Très bon état général.

Quelques petits ganglions carotidiens, que l'on continue à irradier.

OBSERVATION XXIII

Forme caséuse. — Adénite maxillaire gauche. — Trois ponctions. — Evacuation du caséum. — Guérison avec dose de 25 H.

L..., 24 ans, sœur à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Mère morte tuberculeuse.

Bonne santé jusqu'à l'âge de 16 ans.

A cette époque, ostéite de l'avant-bras gauche.

Guérison, neuf mois après, avec un curetage.

Ulcère de l'estomac (mélæna) il y a trois ans (?)

A l'entrée : grosse massé ganglionnaire gauche du volume d'une orange. Elle daterait d'un mois. Consistance assez molle. Semble constituée par une série de ganglions agglomérés entre eux. Avec dose de 5 H diminution de volume de la masse axillaire. La température atteint, à ce moment, 38° et 38°1.

Nouvelle dose de 5 H : ponction exploratrice négative. Il sort de l'orifice de la ponction de la matière caséuse. Nouvelle dose de 5 H, nouvelle évacuation du caséum, qui sort en petits boudins.

Nouvelle dose de 5 H. On ponctionne au bistouri; il sort une grosse quantité de caséum.

Guérison avec nouvelle dose de 5 H (dose de 25 H en tout, répartie en 20 séances). Les ganglions ont disparu, il ne reste plus qu'un tout petit ganglion.

Pas de cicatrice apparente.

OBSERVATION XXIV

Adénites cervicales multiples. — Trois poussées : juillet 1909, poussée inflammatoire; février 1910, poussée avec suppuration; mars 1911, poussée avec caséification. — Guérison avec petit bourrelet chéloïdien : dose 45 H.

D... Albert, 9 ans et demi.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement, bonne santé : croup à l'âge de 3 ans.

Il y a deux ans, à la suite d'un froid, poussée d'adénites cervicales.

A l'entrée : des deux côtés du cou, masse ganglionnaire du volume d'une noisette.

Dose de 5 H. L'enfant part, abandonnant le traitement.

Il revient six mois après, avec une masse du volume d'une

grosse noix, masse douloureuse depuis une huitaine de jours.

Ponction : pus crémeux, lavage teinture d'iode. Dose de 5 H.

Un mois après, l'abcès s'est rempli de nouveau. Nouvelle ponction et lavage teinture d'iode.

Nouvelle dose de 15 H.

Un an après, en mars 1911, nouvelle poussée inflammatoire dans le ganglion rétro-maxillaire gauche.

Deux ponctions : on retire de la matière caséeuse.

Les irradiations sont reprises (20 H).

Guérison avec dose de 45 H répartie en 38 séances.

Il ne reste plus qu'un petit bourrelet chéloïdien qu'on irradie actuellement.

OBSERVATION XXV

*Polyadénites cervicales. — Suppuration (forme abcès froid)
— Plusieurs ponctions. — Guérison avec dose de 60 H.*

B... Irma, 6 ans et demi.

Enfant un peu chétive. Ne tousse pas.

A l'entrée : deux masses carotidiennes du volume d'une petite mandarine ; masses fluctuantes et suppurées.

Une autre masse sus-claviculaire du volume d'une noix. Deux ponctions capillaires avec évacuation de pus. La suppuration est arrêtée avec dose de 25 H répartie en 20 séances.

Six mois après : deux nouvelles ponctions pour évacuer le pus des masses non encore traitées.

Un mois après, la fillette part à Giens, pouvant être considérée comme absolument guérie.

Elle a eu une dose de 60 H répartie en 51 séances de radiothérapie.

OBSERVATION XXVI

Gros ganglion suppuré droit au-dessous de l'oreille (forme abcès froid). — Guérison avec une ponction et dose de 26 H.

B... Eugénie, 26 ans.

Début de la masse ganglionnaire il y a quatre ans, à la suite d'une grossesse.

Il y a trois mois, augmentation rapide de la tumeur.

A l'entrée : gros ganglion suppuré droit situé très en arrière, au-dessous de l'oreille, derrière le sterno. Son volume est celui d'une grosse noix. Une seule ponction suffit pour évacuer le pus (30 à 40 cc. de pus).

Guérison complète avec dose de 26 H répartie en 22 séances. Pas de cicatrice.

OBSERVATION XXVII

Adénopathies tuberculeuses suppurées. — Grosses collections purulentes (forme abcès froid et abcès chaud). — Guérison parfaite avec dose de 125 H. — Photographie.

B... Eugène, 14 ans.

Antécédents héréditaires : père bien portant, mère morte tuberculeuse. Un frère mort à 28 mois d'affection indéterminée.

Antécédents personnels : coqueluche, rougeole à 3 ans. Spina ventosa de l'annulaire droit.

L'affection actuelle date de six ans environ : à ce moment apparition d'une tuméfaction dans la région sous-maxillaire gauche. Pas d'affection dentaire à cette époque. Il y a deux mois, autre tuméfaction semblable à droite.

A l'entrée : facies en poire accentué. Le ganglion sous-maxillaire droit est rouge, tendu, adhérent à la peau, qui reste saine cependant. Fluctuation profonde nette.

A gauche, tuméfaction sous-maxillaire très grosse (volume d'une orange). Chaîne de petits ganglions durs.

Ponctions nombreuses. Lavages à l'huile goménolée à 20 p. 100. Les ponctions ne suffisant pas, on incise au bistouri. Drainage avec mèche de gaze.

Pendant quelque temps, il persiste des fistules, des ulcérations et une série de clapiers purulents.

Avec dose de 125 H, répartie en 100 séances, guérison absolument parfaite. Toutes les fistules sont taries, toutes les ulcérations cicatrisées. Il ne reste plus qu'un tout petit ganglion dur, roulant sous le doigt.

Au point de vue esthétique, résultat remarquable : on ne voit qu'une toute petite cicatrice souple à droite. Cette cicatrice est du volume d'un petit pois.

OBSERVATION XXVIII

Adénites cervicales. — Ganglion suppuré ponctionné au bistouri. — Suppuration tarie en dix-huit jours (irradiations). — Au bout de dose 20 H : poussées d'eczéma aigu à distance. — Guérison complète de l'eczéma au bout de deux mois.

B... Louis, 19 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement : rougeole à 10 ans. Angines fréquentes. Adénopathies de l'enfance, guéries spontanément. Depuis deux mois, tuméfaction de la région parotidienne gauche. Deux ponctions à l'hôpital de l'Antiquaille. La tuméfaction continue à grossir.

A l'entrée : Toute la région vers le lobule de l'oreille est largement tuméfiée, mais peu douloureuse. La tuméfaction s'étend depuis le lobule de l'oreille jusque sous le menton avec le maximum de soulèvement vers l'angle du maxillaire inférieur. A ce moment, le tour du cou est de 32 centimètres.

On ponctionne plusieurs fois au bistouri dans la région parotidienne.

Au bout de dose 20 H, répartie en 18 séances, guérison de l'adénite. Le tour du cou est de 29 centimètres (diminution de 3 centimètres de la circonférence cervicale en sept mois).

A ce moment, poussées d'eczéma aigu s'étendant sur toute la joue droite.

Deux mois après l'apparition de cet eczéma, guérison complète sans traitement local spécial.

OBSERVATION XXIX

Forme abcès froid. — Adénites anciennes suppurées et incisées. — Polyadénites cervicales suppurées. — Deux ponctions. — Guérison complète avec 80 H.

M^{lle} B... Jeanne, 12 ans.

Père et mère vivants et bien portants.

La fillette s'est toujours bien portée jusqu'à il y a deux ans.

Il y a deux ans : apparition de ganglions derrière le sterno-cléido, puis apparition de nouveaux ganglions vers la branche montante du maxillaire gauche. Ces ganglions ont été incisés l'an dernier.

A l'entrée : on remarque la cicatrice opératoire à gauche. Une masse ganglionnaire à gauche vers le sterno-cléido. Un petit ganglion sous le lobule de l'oreille gauche. La masse principale, du volume d'une mandarine, se trouve du côté droit sur le cou.

Deux ponctions sur masse droite et sur le ganglion auriculaire.

Dose de 70 H environ sur masse droite.

Dose de 10 H environ sur le ganglion auriculaire.

Guérison complète avec dose de 80 H en tout, répartie en 65 séances.

On revoit la fillette six mois après la fin du traitement : on ne sent plus que quelques grains de plomb, les ganglions ponctionnés n'ont pas laissé de cicatrice. On ne voit plus que la cicatrice de l'incision chirurgicale.

OBSERVATION XXX

Polyadénites cervicales suppurées. — Forme abcès froid. — Une ponction. — Lavages à l'huile goménolée. — Guérison avec 50 H.

R... Antoinette, 8 ans.

Pas d'antécédents, ni héréditaires, ni personnels.

Malade un peu chétive.

A l'entrée : chaîne ganglionnaire bilatérale.

Un gros ganglion du volume d'une petite mandarine rétro-maxillaire. Fluctuation profonde.

Une ponction capillaire retire 20 cc. de pus environ.

Lavage à l'huile goménolée (20 p. 100).

Guérison complète avec dose de 50 H, répartie en 41 séances.

Nous revoyons la petite malade quatre mois après la dernière irradiation (janvier-mai 1910) : la guérison persiste, l'orifice de la ponction n'est pas visible.

OBSERVATION XXXI

Adénite suppurée du creux sus-claviculaire gauche (Forme abcès froid). — Quatre ponctions. — Radiothérapie. — Guérison avec 12 H.

M^{lle} B..., 16 ans.

Père bien portant. La mère et une de ses sœurs ont eu des adénites suppurées.

Bonne santé habituelle. Rougeole à 6 ans. Grosses amygdales enlevées par deux fois.

Début de l'adénite actuelle, il y a deux mois.

A l'entrée : gros ganglion du volume d'un œuf de poule occupant la base du cou du côté gauche.

A la palpation, sensation de fluctuation.

Une ponction retire 12 à 15 cc. de pus bien lié.

Huile gaïacolée iodoformée en lavage.

Le pus est devenu de moins en moins abondant et de plus en plus épais.

A la quatrième et dernière ponction, on retire seulement 2 cc. de pus.

Guérison complète sans cicatrice. Résultat parfait.

Dose totale, 12 à 14 H, répartie en 6 séances.

Le traitement a duré un mois et demi à deux mois.

OBSERVATION XXXII

Adénite suppurée de la partie moyenne du cou (forme abcès froid). — Cinq ponctions. — Guérison avec 10 à 12 H.

M^{lle} B..., 12 ans.

Rougeole et varicelle dans l'enfance.

Pas d'autres antécédents.

Ganglion cervical à la partie moyenne du cou, persistant depuis deux ans.

Il y a trois semaines : douleur, augmentation de volume.

A l'entrée : gros ganglion cervical du volume d'un œuf de poule. Sensation de rénitence et de fluctuation. Peau mobile, non adhérente, non teintée en rouge.

Ponction (3 cc. de pus épais) : huile créosoto-iodoformée.

Le traitement a nécessité quatre autres ponctions suivies de lavages à l'huile et complétées deux fois par des injections de teinture d'iode.

Six séances de radiothérapie : dose totale, 10 à 12 H.

Guérison complète sans cicatrice.

Le traitement a duré environ deux mois.

OBSERVATION XXXIII

Gros ganglion suppuré cervical droit. — Fluctuation. — Peau saine. — Aspect abcès froid. — Adénites suppurées à gauche. — Trois ponctions à droite. — Incision. — Drainage. — Radiothérapie. — Guérison avec cicatrice à peine visible. — Dose : 35 H.

L... Pierre-Charles, 13 ans et demi.

Bonne santé habituelle. Tousse un peu l'hiver. Il y a trois mois, petits ganglions dans la région cervicale droite. Il y a trois semaines, l'un d'eux prit de grosses proportions.

A l'entrée : dans la région cervicale droite, fixée au bord postérieur du sterno, une grosse masse du volume d'une très grosse noix. Fluctuation manifeste. Peau normale, sans rougeur, pas de grosse tension.

A gauche, ganglion fusiforme vers le bord postérieur du sterno. Quelques petits ganglions au-dessus et au-dessous de celui-ci.

Trois ponctions capillaires sur le ganglion droit.

Incision de celui-ci avec drainage (mèche de gaze, quarante-huit heures).

Guérison du ganglion droit et tarissement complet de l'écoulement avec dose de 15 H environ, répartie en 12 séances.

Disparition du ganglion gauche avec dose de 20 H répartie en 16 séances.

Guérison complète avec dose de 32 à 35 H. Très légère cicatrice, à peine visible à droite. Disparition complète de tous les ganglions. Durée du traitement : trois mois et demi.

OBSERVATION XXXIV

Adénite arillaire suppurée à marche aiguë. — Deux ponctions aspiratrices. — Teinture d'iode. — Guérison avec 12 à 14 H.

M^{lle} G..., 20 ans.

Maladies enfance : rougeole, scarlatine, coqueluche.

Pas d'adénites dans l'enfance.

Une sœur atteinte de pleurésie.

Poussée ganglionnaire axillaire gauche datant de quinze jours. Début assez aigu avec douleur locale.

A l'entrée : dans l'aisselle gauche, une trainée ganglionnaire constituée par 6 ou 7 ganglions distincts. Le plus inférieur est gros, douloureux, fluctuant, la peau est rouge à son niveau.

On fait une première séance de radiothérapie (deux II 1/2). A la suite de cette séance tous les petits ganglions signalés disparaissent, mais le ganglion inférieur grossit, devient plus rouge, plus nettement fluctuant et douloureux. On le ponctionne (20 cc. de pus très fluide). Une deuxième ponction, dix jours après, ramène 8 à 10 cc. de pus. Le suintement persiste encore vingt jours, il s'écoule du pus séreux et quelques grumeaux caséeux. Injection de teinture d'iode.

Guérison complète, sans cicatrice, avec une dose de 12 à 14 H, répartie en 8 séances, le traitement ayant duré, en tout, sept semaines.

OBSERVATION XXXV

Adénite suppurée (forme abcès chaud). — Six ponctions capillaires. — Radiothérapie. — Guérison complète sans cicatrice avec 15 H.

M^{me} P... Marie, 27 ans.

Parents en bonne santé.

Personnellement, mariée à 17 ans. A eu un enfant sept ans après son mariage. Pas de fausse couche. Spécificité peu probable.

Ne tousse pas les hivers.

Il y a un an, petite grosseur au niveau de la région rétro-maxillaire gauche. Cette grosseur a enflé progressivement, sans douleur.

A l'entrée : tumeur du volume d'une grosse noisette, peau légèrement rouge, fluctuation très nette. On sent au-dessous un autre ganglion dur, sans fluctuation.

Six ponctions capillaires avant la radiothérapie. Chaque ponction ramène 4 à 5 cc. de pus. Lavages à l'huile iodoformée.

Guérison complète avec dose de 15 H répartie en 11 séances. Pas de cicatrice visible.

Le traitement a duré deux mois environ.

OBSERVATION XXXVI

Adénite sterno-mastoïdienne droite suppurée (forme abcès chaud). — Quatre ponctions. — Drainage. — Radiothérapie. — Guérison avec 15 H. — Pas de cicatrice visible.

M^{me} V..., épouse R..., 22 ans.

Père et mère vivants.

9 frères ou sœurs morts en bas-âge.

Personnellement : mariée, un enfant bien portant, une fausse couche de six mois.

Rougeole et varicelle dans l'enfance.

Pas d'adénite dans l'enfance. A été délicate jusqu'à 14 ans. Jamais d'hémoptysie.

Il y a trois mois : angine durant trois à quatre jours. Deux semaines après, tuméfaction à la partie inférieure sterno-mastoïdienne droite. Depuis, la tuméfaction a augmenté, progressant vers la partie supérieure du sterno-mastoïdien.

A l'entrée : dans le tiers supérieur de la région sterno-mastoïdienne droite, tuméfaction pas très dure, non fluctuante (volume d'une grosse noix).

Irradiation : dose 10 H.

La peau devient rouge. Fluctuation. Quatre ponctions avec lavages à l'huile goménolée. Chaque ponction retire 10 cc. environ de pus. Drainage (mèche de gaze).

Nouvelle dose de 5 H (15 unités H en tout, réparties en 11 séances).

Guérison complète sans cicatrice.

Nous avons revu la malade complètement guérie, sans cicatrice.

Durée du traitement : deux mois et demi environ.

OBSERVATION XXXVII

Adénite cervicale à droite avec rougeur de la peau (forme abcès chaud). — Ponction au bistouri. — Drainage. — Cicatrisation rapide. — Guérison avec 12 H environ, sans cicatrice apparente.

C... Joseph, 15 ans et demi.

Père et mère en bonne santé.

Un frère et une sœur morts à 4 ans, sa sœur probablement de péritonite bacillaire.

Personnellement, à 2 ans, séjour de dix-huit mois à la Charité pour bronchite.

Pas d'autres maladies, sauf de la toux chaque hiver.

Début de l'adénite il y a trois semaines, avec brusque augmentation en deux jours.

A l'entrée : à la partie inférieure de la région parotidienne droite, amas ganglionnaire du volume d'un œuf de pigeon. Cette masse est constituée par 3 à 4 ganglions, dont l'un fait une grosse saillie sous la peau. Fluctuation très nette, peau rouge.

Carie de la première grosse molaire droite.

Avant de soumettre au traitement radiothérapique, on fait d'abord une ponction capillaire, puis le pus s'étant reformé, quelques jours après, on fait une petite incision au bistouri avec drainage (mèche de gaze). Le drainage est laissé quarante-huit heures en place.

Radiothérapie : dose de 12 H répartie en 10 séances. Guérison complète, la cicatrice du point ponctionné est à peu près invisible, elle se confond avec un pli de la peau.

Durée du traitement : sept à huit semaines.

OBSERVATION XXXVIII

Adénopathie suppurée (forme abcès chaud). — Récidive sur une ancienne adénite opérée dix ans auparavant. — Quatre ponctions. — Guérison avec dose 6 H.

M^{me} G..., 28 ans.

A présenté antérieurement une adénite rétro-maxillaire gauche, opérée chirurgicalement il y a dix ans.

Cicatrice apparente.

Il y a deux mois, nouvelle poussée ganglionnaire au même point rétro-maxillaire gauche avec production d'une masse saillante du volume d'une pomme, tendue, douloureuse, avec fluctuation profonde, recouverte d'une peau épaisse, adhérente, légèrement rosée.

En cinq semaines, quatre ponctions aspiratrices, lavages à l'huile créosoto-iodoformée, puis teinture d'iode.

Après chaque ponction, une séance de radiothérapie.

Dose totale : 6 H.

Guérison complète des ganglions suppurés, sans autre cicatrice que celle datant de l'intervention dix ans auparavant.

OBSERVATION XXXIX

Adénopathies cervicales bacillaires. — Suppuration (forme abcès chaud). — Ponction. — Radiothérapie. — Guérison avec 40 H.

M^{me} B... Joséphine, 25 ans.

Bonne santé habituelle. Mariée. Mère de deux enfants : l'un meurt de broncho-pneumonie à la suite d'une coqueluche, l'autre est hydrocéphale.

Dans son enfance : ganglions.

Depuis cinq ans, la malade a vu revenir ses ganglions

cervicaux. Ceux-ci n'ont pas une marche régulière, ils s'augmentent et diminuent.

A l'entrée : à droite, ganglions nombreux dans la région cervicale, dans la région carotidienne et dans le creux sus-claviculaire. Pas de fluctuation.

Après dose de 15 H sur la région cervicale droite, la peau devient rouge, avec fluctuation manifeste. On ponctionne : quelques gouttes de pus sont retirées. Injection de teinture d'iode.

Reprise des irradiations : nouvelle dose de 25 H, tant sur la région cervicale droite, que sur le creux sus-claviculaire.

Guérison complète avec 40 unités H en tout, réparties en 32 séances.

La malade a été revue depuis : la guérison persiste.

OBSERVATION XL

Adénites cervicales suppurées. — Forme abcès chaud. — Six ponctions. — Lavages à l'huile gaïacolo-iodoformée. — Guérison avec 14 H.

B... Marie-Louise, 21 ans.

Père mort de refroidissement.

Mère bien portante. Deux frères bien portants.

Personnellement : pas de maladie de l'enfance. Anémie depuis deux ans et demi. A toussé pendant tout un hiver, il y a deux ans. Pas d'hémoptysie.

Ganglions du cou datant de trois mois et persistant depuis, même après l'ablation de mauvaises dents.

A l'entrée : au niveau de la région sous-angulo-maxillaire droite, tumeur du volume d'une grosse noix, avec adhérence à la peau, qui est rosée. Consistance fluctuante.

Six ponctions capillaires retirant chacune 4 à 5 cc. de pus bien lié, homogène. Lavages à l'huile gaïacolo-iodoformée, puis teinture d'iode.

Irradiations. Avec une dose de 14 H, répartie en 11 séances, guérison complète. Durée du traitement : deux mois environ.

On revoit la malade six mois après : la guérison persiste. Pas de cicatrice apparente. Plus de ganglions.

OBSERVATION XLI

Adénites cervicales anciennes datant de sept ans. — Adénite suppurée récente (forme abcès chaud). — Deux ponctions. — Radiothérapie. — Guérison avec 30 H.

D... Jeanne, 34 ans.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Adénites cervicales gauches datant de sept ans.

Rhumatisme articulaire il y a trois ans.

A l'entrée : masse ganglionnaire allongée et profonde dans la région rétro-maxillaire gauche, derrière le sterno-mastoidien.

En arrière du sterno, ganglion superficiel fluctuant avec peau rouge.

Deux ponctions du ganglion suppurée (pus fluide).

Avec dose de 30 H, répartie en 24 séances, tant sur le ganglion suppuré, que sur la masse gauche, guérison complète. Pas de cicatrice visible.

OBSERVATION XLII

Adénite cervicale suppurée droite (forme abcès chaud). — Huit ponctions. — Drainage. — Guérison avec 10 H. — Petite chéloïde cicatricielle aplatie avec 5 H.

G... Claudius, 20 ans.

Parents bien portants. Ni frère, ni sœur.

Personnellement : bronchite à 4 ans. Rougeole à 5 ans.

Pleurésie à 8 ans. Scarlatine à 9 ans. A 16 ans : syphilis, n'aurait pas eu d'accident depuis un an et demi.

L'affection actuelle remonte à un mois. A ce moment, petit ganglion cervical droit. Depuis, ce ganglion n'a fait que grossir et il y a huit jours, la peau s'est mise à rougir.

A l'entrée : masse du volume d'un œuf de poule, située sur le sterno-mastoiïdien en arrière. Peau tendue et rouge. Fluctuation manifeste à la région centrale.

Huit ponctions de 4 à 5 cc. de pus environ. Drainage.

Tout est cicatrisé avec dose de 10 H répartie en 8 séances. Légère pigmentation de la peau. Cicatrice un peu saillante aplatie avec dose de 5 H répartie en 4 séances.

Guérison complète. Durée du traitement : trois mois et demi environ.

OBSERVATION XLIII

Adénite suppurée (abcès chaud). — Ponction au bistouri par le médecin traitant, puis traitement radiothérapique. — Guérison rapide (8 H).

M. R..., 35 ans.

Sujet maladif, ayant eu toutes les maladies de l'enfance. Angines fréquentes.

Adénite suppurée axillaire droite, il y a six ans.

Nouvelle adénite sous-maxillaire droite ayant débuté il y a six semaines environ. Suppuration rapide et ouverture au bistouri par le médecin traitant.

Fermeture rapide de la ponction au bistouri.

Actuellement, gros ganglion suppuré du volume d'une mandarine, très saillant, peau très rouge et luisante (aspect d'abcès chaud) avec gonflement douloureux tout autour.

On rouvre l'orifice de ponction, on vide l'abcès, injection de teinture d'iode puis radiothérapie.

Après la deuxième séance (3 H environ), la suppuration est complètement tarie, la tumeur est très aplatie, mais encore un peu rouge et indurée.

On fait encore trois nouvelles séances, soit 5 à 6 H.

La guérison complète est obtenue en vingt-cinq jours, avec une dose totale de 8 H environ.

OBSERVATION XLIV

Suppurations ganglionnaires anciennes. — A l'entrée, masse ganglionnaire droite. — Suppuration. — Forme abcès chaud. — Ponctions. — Radiothérapie. — Guérison complète sans cicatrice. — Dose 125 H. — Photographie.

R... Jean, 32 ans, gardien de la paix.

Bonne santé habituelle. Cinq frères ou sœurs bien portants. Pas d'adénites dans l'enfance.

Il y a cinq ans : masses axillaires bilatérales. Suppuration spontanée à droite. Incision à gauche. Cicatrisation sans fistule.

En même temps que ces ganglions axillaires, tuméfaction de l'index gauche (spina ventosa). Incision. Guérison.

Il y a trois mois, apparition d'une grosse masse rétro-maxillaire gauche. Début par un tout petit ganglion.

A l'entrée : masse rétro-maxillaire à gauche, ovoïde, du volume d'un œuf. Peau un peu rouge. Pas de fluctuation.

Avec 5 H, diminution et ramollissement de la masse cervicale gauche.

Quatre ponctions avec en plus dose de 20 à 22 H. Grosse amélioration.

Apparition d'une masse axillaire gauche qu'on irradie et qu'on fait disparaître avec 25 à 30 H.

On irradie aussi un ganglion sus-claviculaire 20 à 30 H.

Guérison complète et totale, sans traces de cicatrice, sans rien d'apparent, avec dose de 120 à 125 H, répartie en 102 séances.

OBSERVATION XLV

Enorme masse ganglionnaire du côté droit du cou (forme inflammatoire). — Guérison avec dose de 65 H.

S... François, 22 ans.

Pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels.

Apparition, il y a deux ans, de ganglions du côté droit du cou. Progression continue.

A l'entrée : énorme tumeur multilobée, constituée par une agglomération de ganglions, chacun du volume d'un œuf. L'ensemble est du volume de deux grosses oranges avec déformation complète du cou sur tout le côté droit.

A gauche, quelques ganglions disséminés.

Avec 20 H, individualisation des ganglions et diminution peu à peu du volume de l'énorme masse.

Guérison complète : les ganglions passent à l'état de grains de plomb très durs avec une dose totale de 65 H, répartie en 55 séances.

OBSERVATION XLVI

Adénites cervicales bilatérales (forme inflammatoire). — Guérison complète avec 40 H en tout.

T... Maria, 21 ans.

Pas de maladie antérieure.

Adénites cervicales datant de trois ans.

Il y a deux mois, poussée subaiguë, augmentation de volume des ganglions.

A l'entrée : Trois gros ganglions.

1° Rétro-maxillaire gauche du volume d'une grosse noix ;

2° Sous-maxillaire gauche (volume d'une noisette) ;

3° Rétro-maxillaire droit (petite noix).

Quelques ganglions disséminés (creux sus-claviculaire).

Disparition des ganglions gauches avec dose de 25 H répartie en 23 séances, disparition de celui de droite, avec dose de 15 H répartie en 10 séances.

Guérison complète et totale avec dose de 40 H en tout, répartie en 33 séances.

OBSERVATION XLVII

Ulcération consécutive à une adénite suppurée ouverte spontanément. — Suintement persistant depuis un mois. — Cicatrisation et guérison en 5 séances (6 H).

Z... Sébastien, 16 ans.

Adénite sous-maxillaire gauche, datant de deux mois. Ouverture spontanée il y a un mois, et depuis, suintement persistant.

A l'entrée : ulcération allongée, avec peau rouge et mince autour.

Cette ulcération paraît adhérente au maxillaire inférieur. Le maxillaire est gros et épaissi.

En 5 séances (6 H) : cicatrisation complète, la peau a repris son aspect et sa couleur normale. Toujours, adhérence au maxillaire.

On cesse le traitement.

OBSERVATION XLVIII

Quatre ulcérations sous-maxillaires et mentonnières. — Une cinquième ulcération avec fistule dans le creux sus-claviculaire droit (ancienne opération). — Fermeture de la fistule en cinq semaines d'irradiation. — Grosse amélioration des ulcérations. — Traitement non terminé.

P... Jeanne, 19 ans.

Pas d'antécédents, ni héréditaires, ni personnels.

L'affection actuelle remonte à six ans.

Il y a cinq ans, opération (curettage des ganglions du creux sus-claviculaire). Fistule depuis ce moment.

A l'entrée : fistule sus-claviculaire.

Trois fistules vers la parotide, avec teinte rouge des téguments.

En avant du tragus : tuméfaction du volume d'une noix, nettement fluctuante. Plusieurs ganglions disséminés.

Juste au-dessous du menton, fistule suintante. On ponctionne un ganglion sous-maxillaire droit. Trois jours après on ponctionne le ganglion pré-auriculaire droit.

Nettoyage des fistules et des ulcérations (eau oxygénée, teinture d'iode).

Ponction de deux ganglions sous-mentonniers.

Divers autres ponctions des ganglions maxillaires, vingt jours après le début du traitement on a fait 6 séances (7 H) : toutes les ulcérations tendent à se cicatriser.

Guérison en cinq semaines de la fistule sus-claviculaire (20 H environ).

Plus de traces de suppuration nulle part, deux mois après le début du traitement (35 H environ).

Il persiste quelques ganglions, que l'on continue actuellement à irradier.

OBSERVATION XLIX

Adénites cervicales. — Plusieurs masses fluctuantes. — Fistule de la branche montante du maxillaire gauche. — Ponctions. — Nettoyages. — Ulcérations. — Plus aucune suppuration avec 45 H. — Cicatrices apparentes mais atténuées. — Guérison complète avec cicatrices souples avec 55 H en tout.

L... Françoise, 14 ans.

Enfant ayant eu toujours des tendances scrofulo-lymphatiques. Ganglion dans l'enfance.

A l'entrée : Une masse du volume d'une orange à la partie postéro-supérieure du cou. Peau rouge. Fluctuation.

Une masse sous-maxillaire droite du volume d'un œuf.

Une masse volumineuse à gauche (partie postéro-supérieure du cou).

Petite fistule de la branche montante du maxillaire inférieur gauche.

Ponctions. Nettoyage.

Avec une dose de 20 H, l'état général est très amélioré. Les ganglions ont beaucoup diminué de volume.

Nouvelle poussée ganglionnaire, deux ans après le début du traitement.

Nouvelles ponctions, nouvelles irradiations.

Avec une dose de 25 H, plus aucune suppuration.

Chéloïdes cicatricielles sur lesquelles on fait une dose de 10 H. Aplatissement des cicatrices, qui deviennent souples.

Avec 55 H en tout, guérison complète, avec cicatrices visibles, mais souples, sans rougeur de la peau.

OBSERVATION L

Adénite suppurée ouverte spontanément et chirurgicalement. — Ulcération consécutive. — Radiothérapie. — Cicatrisation et guérison (22 H).

M. V..., 31 ans.

Père et mère bien portants.

10 frères ou sœurs bien portants, 2 autres morts de méningite.

Début des adénites il y a quatre ans. Suppuration.

Ouverture spontanée et un ganglion incisé chirurgicalement. Longue persistance de la suppuration.

A l'entrée : il existe deux ulcérations ganglionnaires, l'une rétro-maxillaire gauche de la largeur d'une pièce d'un franc, recouverte de croûtes et creusée de clapiers suppurants, l'autre, moins étendue, dans la région sous-mentonnière.

Nettoyage des ulcérations, à l'eau oxygénée et à la teinture d'iode, puis radiothérapie.

L'ulcération sous-mentonnaire est guérie très vite : 4 séances (6 à 7 H).

L'ulcération rétro-maxillaire demande 8 séances (14 à 15 H).

La durée du traitement dure environ trois mois.

Guérison complète. Cicatrice visible, mais souple, sans adhérences, et sans saillie cutanée.

OBSERVATION LI

Adénite suppurée. — Incision. — Ulcération persistante depuis deux mois. — Guérison avec dose de 10 H.

B... Félix, 27 ans, gardien de la paix.

Pas d'antécédents héréditaires, ni personnels.

Adénite suppurée il y a trois ans, opérée chirurgicalement. Guérison.

Il y a trois mois, ulcération tuberculeuse, due à une ouverture spontanée du ganglion.

A l'entrée ; ulcération vers l'angle du maxillaire de la grosseur d'une pièce d'un franc. Cette ulcération persiste depuis deux mois, sans tendance à la fermeture.

Guérison avec dose de 10 H répartie en 8 séances. Durée du traitement : deux mois et demi.

La cicatrice, obtenue par l'irradiation, est souple, sans surélévation, sans rougeur, sans adhérences.

OBSERVATION LII

Adénites suppurées. — Abscess chaud sus-claviculaire gauche. — Deux fistules avec clapiers suppurants. — Ulcérations sous-maxillaires gauches. — Cicatrisation avec cicatrices apparentes. — Toute tumeur disparaît. — Dose : 40 H.

C... Henri, 7 ans, enfant assisté.

L'enfant était placé dans une famille où il couchait dans la même chambre que le père et la mère, qui viennent de mourir tuberculeux.

A l'entrée : 1° Dans le creux sus-claviculaire gauche, gros ganglion fluctuant;

2° Dans la région sous-maxillaire gauche et sous-angulo-maxillaire, deux ganglions fistulisés. La peau est rouge, violacée;

3° Ulcérations région sous-maxillaire gauche. Trois ponctions.

Nettoyage (eau oxygénée, teinture d'iode).

Avec dose 40 H, répartie en 31 séances, bon résultat, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles le tout a été entrepris.

Toute tumeur ganglionnaire a disparu.

L'état général s'est nettement amélioré.

Tout est cicatrisé, mais avec cicatrices apparentes, bien entendu.

OBSERVATION LIII

Adénite suppurée. — Ouverture spontanée. — Fistulisation persistante depuis un an, avec suintement continu, tarie en deux séances (3 H).

M^{me} G..., 25 ans.

Pas d'antécédents connus.

Adénite cervicale. Suppuration, ouverture spontanée; persistance depuis un an d'une fistule avec suintement continu, bourgeonnement tout autour de la fistule. Il persiste aussi trois ganglions parotidiens et sous-maxillaires du même côté, durs, du volume d'une noix, puis un autre groupe ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire. Tous ces ganglions datent de dix-huit mois.

Traitement, d'abord de la fistule tarie complètement en deux séances (3 H), sans injections modificatrices.

Puis continuation du traitement sur les autres ganglions.

Disparition de la plupart des ganglions, sauf de ceux

de la région sus-claviculaire. Cicatrice souple et sans adhérence, au niveau de la fistule.

En tout, 9 séances (14 H environ).

Durée du traitement : cinq semaines.

OBSERVATION LIV

Ganglions cervicaux et sus-claviculaires gauche datant de deux ans. — Suppuration. — Ouverture spontanée. — Incision. — Curettage chirurgical. — Radiothérapie. — Guérison sans cicatrice apparente avec 45 H.

B... Marguerite, 24 ans.

Début de l'affection il y a deux ans, par des ganglions du creux sus-claviculaire gauche. Extension, progression.

Augmentation brusque, il y a trois mois, avec ouverture spontanée. Incision, curettage chirurgical.

A l'entrée : deux ganglions rouges, ulcérés avec fistule dans le creux sus-claviculaire gauche.

Deux longues incisions avec clapiers suppurants. Suppuration très abondante.

Radiothérapie.

Avec dose 5 H, la tuméfaction et le gonflement disparaissent. Teinture d'iode.

Nouvelle dose 5 H : la malade va de mieux en mieux, suppuration non complètement tarie, la peau s'assouplit.

Nouvelle dose 10 H : cicatrisation très avancée, il persiste un léger suintement, intermittent, avec légère induration diffuse du creux sus-claviculaire.

Nouvelle dose 10 H : cicatrisation complète, peau encore un peu rosée, mais simple.

Nouvelle dose 10 H. Bon aspect de la cicatrice, toujours apparente, mais sans induration. Encore un peu de sensibilité locale.

Nouvelle dose 5 H ; plus d'induration, ni saillie, peau souple, mobile, sans adhérences. Cicatrices peu visibles, malgré l'incision en croix et le curettage.

Dose totale : 45 H, répartie en 38 séances.

OBSERVATION LV

Adénopathies cervicales multiples. — Un ganglion ouvert spontanément. — Fistule. — Guérison avec 22 H. — Pas de cicatrice apparente.

B... Victor-Louis, 7 ans.

A l'entrée : grosses adénopathies cervicales avec fistulette suintante.

Au bout de 12 H, fistule entièrement tarie, disparition complète de tous les ganglions.

Il revient six mois après, un ganglion sous-maxillaire qui disparaît avec 10 H.

Guérison absolument parfaite avec dose de 22 H, répartie en 21 séances. Disparition de toutes les adénites et de la fistule. Pas de cicatrice apparente.

OBSERVATION LVI

Polyadénites cervicales multiples. — Suppurations nombreuses. — Intervention chirurgicale. — Récidive. — Chéloïde cicatricielle. — Guérison des adénopathies avec 15 H.

E... Hortense, 28 ans.

A l'entrée : on se trouve en présence de ganglions récidivés après intervention chirurgicale.

Toute suppuration est tarie, l'hypertrophie ganglionnaire disparaît, le tout après dose de 15 H répartie en 11 séances seulement.

Pas de récidives des ganglions radiothérapés. La malade a été revue depuis.

Persistance de la chéloïde cicatricielle non traitée.

OBSERVATION LVII

Ganglions cervicaux multiples. — Intervention chirurgicale. — Récidive. — Cicatrice chéloïdienne améliorée par les rayons X. — Dose totale : 40 H.

G..., 15 ans et demi.

A l'entrée : masses ganglionnaires cervicales très volumineuses (mandarine). Ces masses sont survenues après une intervention chirurgicale. Cicatrice chéloïdienne très apparente.

Après 33 séances (dose 40 H) masses ganglionnaires entièrement disparues.

Quant à la cicatrice chéloïdienne, elle est très améliorée, son aspect est beaucoup moins rouge, elle est surtout presque complètement aplatie.

OBSERVATION LVIII

Adénopathies tuberculeuses sous-mentonnières et sous-maxillaires. — Fistule persistant depuis deux ans. — Radiothérapie. — Cicatrisation de la fistule avec 30 H. — Disparition des ganglions avec 55 H en tout. — Photographie.

M^{me} C... Hortense, 34 ans.

A eu des ganglions étant enfant.

Depuis deux ans, nouvelles adénites, qui ont grossi peu à peu et présentent actuellement un volume considérable.

A l'entrée : adénopathies volumineuses sous-mentonnières et sous-maxillaires. On sent trois masses distinctes, chacune du volume d'une prune. L'ensemble présente l'aspect d'une poire déformant et défigurant le visage. Sous le menton, petit trajet fistuleux, fermé par des croûtes, ce trajet continue à suinter.

Avec dose de 15 H, grosse amélioration de la masse ganglionnaire, la fistule suinte encore un peu.

Avec nouvelle dose de 15 H, cicatrisation de la fistule.

Avec nouvelle dose de 25 H, guérison complète des adénopathies et de la fistule. Cicatrice à peine visible, souple, non adhérente.

OBSERVATION LIX

Ouvertures spontanées d'adénites cervicales. — Suppuration. — Interventions chirurgicales. — Chéloïdes cicatricielles. — Disparition du suintement, aplatissement des chéloïdes avec 40 H.

G..., 34 ans.

A l'entrée : cicatrices chéloïdiennes très disgracieuses, cervicales. Cicatrices survenues à la suite de nombreuses interventions chirurgicales. En quelques points, persistance d'un léger suintement purulent.

Avec dose de 40 H, répartie en 33 séances, le suintement purulent disparaît complètement.

Les cicatrices se sont aplaties. La peau est devenue souple, fine partout, sans rougeur, ni dépressions.

OBSERVATION LX

Polyadénites cervicales bilatérales. — Suppuration à droite : quatre ganglions incisés à droite. — Guérison complète en six mois (41 séances). — Dose : 50 H environ. — Suppuration tarie. — Chéloïdes améliorées.

M... Jeanne, 10 ans et demi.

Début il y a trois ans, par des ganglions du côté droit, puis généralisation à gauche. Accroissement progressif et suppuration à droite.

Les ganglions ont été incisés : une fois en septembre 1907, une fois en avril 1908.

A l'entrée : juillet 1908. Bon état général. Nombreux ganglions cervicaux bilatéraux.

A gauche : 7 à 8 ganglions, le plus gros à la partie supérieure du sterno-mastoïdien.

A droite : 10 à 12 ganglions répartis tout le long de la gouttière carotidienne jusqu'au creux sus-claviculaire.

3 à 4 cicatrices. Deux ganglions suppurent encore. Croûtes.

Dose : 40 H à droite, 10 H à gauche.

41 séances en tout.

A gauche tout a disparu.

A droite, ganglions complètement disparus.

Cicatrices très atténuées, fermées, assouplies.

Légère rougeur diffuse, avec desquamation furfuracée sans réaction vive. Bon état général. Part à Giens.

Durée du traitement : six mois.

OBSERVATION LXI

Adénites des régions parotidienne et angulo-maxillaire gauche. — Point de suppuration à gauche avec peau rouge. — Cicatrice chéloïdienne, suite d'intervention chirurgicale. — Disparition des ganglions. — Aplatissement de la cicatrice. — 20 H.

M... Thérèse, 17 mois.

Pas d'antécédents héréditaires.

Il y a deux mois, grosse masse parotidienne gauche.

Suppuration. Incision.

Il y a un mois, masse sous-angulo-maxillaire gauche (volume d'une amande).

A l'entrée : Les deux masses signalées plus haut. Cicatrice à gauche, cicatrice saillante, rosée.

Avec dose de 20 H, répartie en 14 séances, aplatissement de la cicatrice.

Disparition complète des masses ganglionnaires.

OBSERVATION LXII

Adénites multiples. — Suppuration. — Ouverture spontanée. — Lésions lupiques par ensemencement direct. — Guérison avec cicatrice un peu visible avec 85 H. — Amélioration de l'état général.

M... Joséphine, 14 ans.

Début des adénites il y a sept ans.

Suppuration et ouverture spontanée il y a deux ans.

A l'entrée : grosses masses ganglionnaires en collier, d'une oreille à l'autre, occupant toute la région sous-maxillaire, mentonnière et parotidienne.

A gauche, ouverture spontanée et lésions lupiques de la peau aux deux points d'ouverture.

Sous le menton, cicatrice d'un autre point suppuré, guéri spontanément.

Avec 25 H : suppuration tarie et ganglions très diminués de volume. La peau reste infiltrée tout autour des fistules.

Avec nouvelle dose de 35 H, les ganglions ont disparu presque complètement. Fistules sont fermées. Peau a repris son aspect normal.

Avec nouvelle dose de 25 H (85 unités H en tout, réparties en 70 séances), les lésions lupiques sont guéries. La peau est souple, normale partout. Les cicatrices des anciennes suppurations existent encore, mais très peu visibles, très atténuées.

L'état général est bien meilleur, la malade a beaucoup engraisé.

OBSERVATION LXIII

Adénopathies cervicales suppurées. — Fistules persistantes. — Radiothérapie tardive. — Suintement tari avec 25 H environ. — Aplatissement de la cicatrice chéloïdienne avec 45 H en tout. — Grosse amélioration de l'état général.

R... Maria, 26 ans.

Pas de maladies de l'enfance. Crises nerveuses à 13 ans.

S'enrhume facilement depuis trois ans. Tousse et crache les hivers. Amaigrissement marqué depuis trois mois.

Il y a deux ans, début des adénites cervicales (région parotidienne droite). Les ganglions s'ulcèrent spontanément il y a un an. Depuis un an, suppuration continue. Cet hiver apparition de ganglions à gauche.

A l'entrée : cicatrice irrégulière, boursoufflée, rougeâtre, suivant le sterno-mastoïdien.

Suppuration, depuis un an, de la région parotidienne droite.

A gauche, grosse masse bosselée sans empâtement.

Suintement tari avec 25 H. Amélioration de l'état général. La masse bosselée gauche est réduite de moitié.

Avec nouvelle dose de 20 H (45 unités H en tout, réparties en 38 séances), les ganglions ont tous disparu. La cicatrice chéloïdienne s'est complètement aplatie, elle est devenue beaucoup moins visible, il n'y a plus aucune saillie.

Excellent état général, qui s'est amélioré dans de grosses proportions.

OBSERVATION LXIV

Adénite bacillaire suppurée. — Fistule persistant depuis deux ans et demi. — Radiothérapie. — Fermeture après trois séances. — Réouverture puis fermeture définitive après 7 séances (10 H).

L... Marie, 23 ans.

Début il y a cinq ans, à l'occasion d'une grossesse, par une grosseur à la base antérieure du cou. Disparition après la grossesse, apparition à l'occasion d'une nouvelle grossesse, il y a deux ans et demi, avec vives douleurs. Opération à ce moment, depuis, la fistule ne s'est jamais refermée complètement et présente une recrudescence, à l'occasion de chaque menstrue.

A l'entrée : vient d'être opérée à nouveau. Il existe une ouverture fistulisée et un léger bourgeonnement transver-

sal, allongé de 4 centimètres environ sur un centimètre et demi de hauteur. Cette fistule siège sur la ligne médiane, à la base du cou.

Avec 3 séances (4 H), fermeture de la fistule. Elle se rouvre.

Fermeture définitive avec 7 séances (10 H en tout).

OBSERVATION LXV

Ganglions cervicaux. — Intervention chirurgicale. — Fistule persistante depuis un mois. — Guérison de la fistule et des ganglions avec 35 H. — Nouvel abcès (forme abcès chaud) à l'occasion d'une rougeole. — Nouvelle dose : 20 H. — Guérison avec cicatrice apparente (45 H en tout).

M^{me} A..., 23 ans.

Bonne santé habituelle. Mariée à 19 ans. Trois enfants bien portants.

Début des ganglions il y a cinq mois, après son dernier accouchement. Augmentation de volume.

Intervention chirurgicale il y a un mois, sur un gros ganglion sous-maxillaire gauche du volume d'un œuf. Depuis, suintement.

A l'entrée : fistule au centre de l'incision à gauche.

L'incision mesure 5 centimètres. Au-dessous, induration de toute la région.

Autres ganglions dans la gouttière carotidienne et du creux sus-claviculaire.

Avec 15 H, grosse amélioration, les ganglions ont à peu près disparu, suintement intermittent.

Avec nouvelle dose de 20 H, ganglions disparus. Plus de suintement.

A ce moment, rougeole et coqueluche. A la suite, ganglion rétro-maxillaire gauche suppuré (forme abcès chaud). Deux ponctions (issue de pus, 4 à 5 cc. chaque fois). Teinture d'iode.

Avec nouvelle dose de 10 H (45 H en tout, 30 séances), plus aucune suppuration, aucun ganglion. La cicatrice ché-
loïdienne gauche subsiste encore, quoique atténuée. On con-
tinue les séances sur cette cicatrice.

OBSERVATION LXVI

*Adénite suppurée adéno-phlegmoneuse. — Incision chirur-
gicale à deux reprises. — Fistule persistant depuis trois
mois. — Guérison avec 7 H (6 séances).*

D... Henriette, 24 ans.

Amygdalite phlegmoneuse, il y a huit mois. Adéno-phleg-
mon du cou (côté droit). Deux mois après, incision.

Nouvelle incision avec drainage, un mois après.

Fistule persistante depuis.

Guérison avec 7 H (6 séances). Tout suintement a dis-
paru.

OBSERVATION LXVII

*Adénites cervicales suppurées. — Gomme sternale ulcérée.
— Chéloïdes. — Grosse amélioration avec 30 H.*

M. D... Camille, 16 ans.

Rien dans les antécédents.

Début des adénites il y a sept ans. Trois ganglions inci-
sés : un en avant de l'oreille, deux dans la région sus-hyoï-
dienne.

Au niveau de ces deux derniers : suppuration.

Grosse gomme pré-sternale ulcérée (volume d'une pièce
de 5 francs). Suppuration.

Avec 15 H portant tant sur le sternum que sur la région
sous-maxillaire droite : grosse amélioration, la gomme est
cicatrisée, recouverte d'une peau rouge, mince, avec quel-
ques croûtes superficielles.

Nouvelle dose de 15 H : va très bien, plus aucune suppuration.

On continue les irradiations sur les anciennes chéloïdes, qui, avec 10 H depuis, sont déjà bien améliorées.

Traitement non terminé sur les chéloïdes. Elles sont bien aplanies toutefois.

OBSERVATION LXVIII

Adénites cervicales multiples. — Suppuration. — Ouverture spontanée d'un ganglion, puis curettage. — Fistule persistante depuis dix-huit mois. — Fermeture de la fistule avec 20 H. — Disparition des ganglions.

M... Adèle, 15 ans.

Parents bien portants.

Rougeole de la première enfance.

Il y a deux ans, grosseur à droite. Augmentation de volume. Suppuration spontanée. Curettage il y a dix-huit mois. Depuis, fistule persistante.

A l'entrée : on voit dans la région cervicale droite, fistule arrondie avec bords rouges amincis. Masse assez confuse à ce niveau.

Ganglions axillaires droits volumineux.

On fait 20 H sur ganglions axillaires et sur fistule. Dans la fistule : instillations de teinture d'iode.

Disparition avec ces 20 unités H, réparties en 18 séances, du suintement et des ganglions.

OBSERVATION LXIX

Adénites cervicales suppurées. — 1° Traitées par incision chirurgicale à droite. — 2° Radiothérapie à gauche. — Fistule persistante à droite avec cicatrice. — Guérison à gauche sans cicatrice : six ponctions. Dose : 45 H.

M... Maria, 28 ans.

Père et mère bien portants. 10 frères ou sœurs bien portants.

Pas de maladie antérieure, sauf une angine.

Polyadénites cervicales ayant débuté il y a deux ans et demi du côté gauche, puis ayant envahi le côté droit.

Il y a quatre mois, poussée aiguë à droite. Incision chirurgicale, fistule persistante depuis.

A l'entrée : fistule à droite au niveau du ganglion incisé. A gauche, grosse masse du volume d'une mandarine dans la région rétro-maxillaire.

Chapelet carotidien à gauche (volume de chaque ganglion : noisette).

On traite le côté gauche seul : avec 6 ponctions, puis lavage teinture d'iode ; avec 45 H, répartis en 38 séances.

Après ce traitement, la cicatrisation est complète, sans cicatrice visible. Plus de suppuration ni de ganglions.

Le traitement a duré six mois environ : la fistule droite persiste, suinte toujours. On commence à l'irradier. Traitement non terminé.

OBSERVATION LXX

Chéloïde cicatricielle à la suite d'un abcès ganglionnaire. —

Guérison complète avec 18 H. — Photographie.

M^{me} B... Francine, 23 ans.

Parents vivants, bien portants.

5 sœurs vivantes et bien portantes.

Personnellement : fluxion de poitrine à 6 ans. Bronchite à 10 ans. N'a jamais été bien forte. Tousse chaque hiver.

Il y a dix-huit mois, incision d'un abcès à l'hôpital de la Croix-Rousse. Guérison rapide. Cicatrice chéloïdienne.

Le chirurgien de la Croix-Rousse porte le diagnostic de bacillose ganglionnaire.

A l'entrée : cicatrice indurée et saillante de 3 centimètres et demi de long, 1 cent. 4 de largeur, et 3 à 4 millimètres de saillie. La peau est légèrement rosée, à ce niveau. Il existe encore quelques petites croûtelles au point de l'incision.

Avec dose de 5 H, la malade va déjà beaucoup mieux, sa cicatrice s'aplatit et s'efface, elle est beaucoup moins rouge.

Nouvelle dose de 8 H, on note à ce moment : la cicatrice est à peu près complètement aplatie et la couleur rouge a disparu.

Avec nouvelle dose de 5 H (18 unités H en tout, réparties en 16 séances). La malade va tout à fait bien et sa cicatrice est complètement disparue.

CHAPITRE IX

Conclusions.

I. Le traitement radiothérapique des adénites inflammatoires tuberculeuses ou banales, employé systématiquement à l'hôpital de la Charité, depuis six ans, est un traitement qui a, aujourd'hui, fait ses preuves. On peut, d'un examen d'ensemble, portant sur une collection de plus de 300 observations, avoir une idée nette de ses résultats immédiats et éloignés, de ses avantages ou de ses inconvénients.

II. Dans ce travail, nous n'avons envisagé que la polyadénite inflammatoire, maladie locale à évolution lente, aboutissant ou non à la suppuration. Dans la majorité des cas (90 p. 100), il s'agit d'adénites tuberculeuses, mais il y a aussi quelques observations d'adénites infectieuses banales, à point de départ amygdalo-pharyngien, buccal, dentaire, nasal ou otique.

Nous avons éliminé soigneusement les adénies, lymphadénies et pseudo-leucémies qui doivent être considérées comme des affections beaucoup plus graves et plus étendues. Pour éviter toute confusion avec ces cas, nous avons supprimé de notre terminologie les expressions de lymphome et lymphadénome.

III. Ces adénites se retrouvent au siège classique des ganglions, principalement dans les régions sous-maxillaire, mentonnière, gouttières carotidiennes, creux sus-claviculaire, région préauriculaire, et plus rarement dans l'aisselle ou à la nuque.

Comme évolution, les unes restent à l'état d'induration, les autres suppurent, se fistulisent ou s'ulcèrent, d'autres se caséifient.

IV. Le traitement n'est pas appliqué d'une façon uniforme dans tous les cas. Les formes indurées disparaissent par simple irradiation. Les formes suppurées ou caséifiées nécessitent au préalable l'élimination du pus ou de la substance caséeuse, suivant les indications que nous avons données; on les irradie ensuite.

V. Dans les adénites indurées simples, le résultat est plus ou moins rapide, suivant l'ancienneté de la lésion. Les ganglions récents, plus riches en tissu adénoïde, disparaissent plus vite. Les ganglions anciens, plus fibreux, opposent plus de résistance au traitement. Dans l'ensemble, on obtient la disparition dans 85 p. 100 des cas.

VI. Dans les adénites suppurées, fermées, non infectées, la ponction capillaire suivie d'irradiations donne un résultat esthétique parfait avec guérison complète, sans cicatrice apparente. Dans les suppurations ouvertes, infectées (ulcérations, vieilles fistules), et dans certaines formes caséifiées et ulcérées, le résultat esthétique est moins parfait, en ce sens qu'il persiste une petite cicatrice visible; mais le résultat thérapeutique est excellent et on ne voit jamais se produire ces chéloïdes cicatricielles, si fréquentes après les suppurations prolongées.

VII. Les avantages de ce traitement sont multiples :

- a) Il est indolore, ce qui est précieux pour les enfants ;
- b) Il a une action plus sûre, plus rapide que tous les traitements généraux et locaux employés jusqu'à ce jour, puisqu'il guérit, en quelques semaines, ou en quelques mois, des lésions persistant souvent depuis des années;
- c) Il donne de résultats esthétiques parfaits;
- d) Enfin, par la suppression de ces foyers d'intoxication et d'infection, que constituent ces ganglions malades, il permet un relèvement rapide de l'état général, des forces et de l'appétit.

VIII. Les inconvénients ou accidents peuvent être locaux ou généraux.

Locaux : ils consistent en radiodermites facilement évitables avec de la prudence et une bonne technique. Nous n'en avons jamais observé.

On peut signaler de petits troubles passagers, tels que : œdème, érythème, pigmentation, qui disparaissent rapidement.

Généraux : sur plus de 300 observations, longuement suivies, nous n'en avons jamais relevé : Parfois, un peu de céphalée passagère; jamais de gros accès fébriles, de pleurésies, ni de troubles méningés.

IX. Le mode d'action de ce traitement est dû principalement à la destruction rapide des éléments cellulaires du type lymphatique, bien mise en évidence par les expériences de Heinecke; et aussi, croyons-nous, à une action excitante et cicatrisante, portant spécialement sur le tissu

conjonctif et amenant la cicatrisation extrêmement rapide de très vieilles ulcérations.

X. La technique consiste à irradier les adénites avec des rayons n° 5 à n° 7 (radiochromomètre Benoist), suivant la profondeur des lésions. Quand les ganglions sont recouverts d'une peau saine, les rayons sont filtrés sur aluminium d'un demi à un millimètre d'épaisseur.

Quand la peau est ulcérée, on emploie des rayons nus.

La dose ne doit pas dépasser 5 à 6 H et n'être renouvelée qu'après trois semaines d'intervalle.

Vu :

Le Président de la Thèse,

P. COURMONT.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 juin 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.



M^{me} C., 39 ans.

(Voir Observation n^o XVIII.)

Adénites. Forme inflammatoire. Avant le traitement.



M^{me} C., 39 ans.

(Voir Observation n^o XVIII.)

Adénites. Forme inflammatoire. Guérison après
une dose de 50 H.



B. Eugène, 14 ans.
(Voir Observation n° XXVII.
Adénites. Forme abcès chaud et abcès froid.
Etat primitif.



B. Eugène, 14 ans.
(Voir Observation n° XXVII.
Adénites. Forme abcès chaud et abcès froid.
Etat après le traitement '125 H.).



R. Jean, 32 ans.
(Voir Observation n° XLIV.)
Adénites. Forme abcès chaud. Etat primitif.



R. Jean, 32 ans.
(Voir Observation n° XLIV.)
Adénites. Forme abcès chaud. Après le traitement
(125 H.).



M^{me} C., 34 ans.

(Voir Observation n^o LVIII.)
Adénites, Fistule. Avant le traitement.



M^{me} C., 34 ans.

(Voir Observation n^o LVIII.
Adénites, Forne fistuleuse et inflammatoire. Guérison
des adénites. Fermeture de la fistule, dose 55 H.



M^{me} B., 23 ans.
(Voir Observation LXX.)
Chéloïde cicatricielle avant le traitement.



M^{me} B., 23 ans.
(Voir Observation n^o LXX.)
Disparition de la cicatrice chéloïdienne
avec dose de 18 H.

BIBLIOGRAPHIE

- AROUSTAN. — *Journal of tuberculosis*, 1901.
- AUBERTIN et BEAUJARD. — Société de biologie, 4 février 1905; *Presse médicale*, 20 août 1904.
- BARJON. — La radiothérapie comme traitement des adénites tuberculeuses. *Lyon médical*, 14 octobre 1906.
- Résultats obtenus par le traitement radiothérapique des adénites chroniques inflammatoires. *Lyon médical*, 9 décembre 1906.
 - Radiothérapie dans les polyadénites inflammatoires. *Arch. d'élec. médicale*, Bordeaux 1908, XVI, 614.
 - Influence des rayons de Röntgen sur le sang et les organes hématopoiétiques. Traitement de la leucémie. Rapport présenté au Congrès de Lyon, 2-7 août 1906.
 - Résultats obtenus par la radiothérapie dans les polyadénites inflammatoires, d'après cinquante observations. *Lyon médical*, 12 avril 1908.
 - Ganglion suppuré traité par la ponction capillaire et la radiothérapie. Guérison sans cicatrice. *Lyon médical*, CXI, 1145-1147.
 - Traitement radiothérapique des adénites suppurées, des ulcérations et des fistulisations d'origine ganglionnaire. Rapport présenté au III^e Congrès international de physiothérapie; Paris, mars-avril 1910.
- BEAUJARD. — La radiothérapie dans les leucémies. Thèse de Paris, 1904-1905.
- BÉCLÈRE (A.). — L'évolution de la radiothérapie. *Bulletin de la société de l'Internat*, juin 1902.
- Le dosage en radiothérapie. *Presse médicale*, 1906, p. 75.

- La radiothérapie, ses bases scientifiques, son domaine. *Journal médical français*, 15 juin 1910.
- BELOT (J.). — Les rayons de Röntgen et les affections des organes hématopoiétiques, leucémies et pseudo-leucémies. *Archives d'elec. méd.*, 10 juillet 1906.
- La filtration en radiothérapie. *Arch. d'elec. méd.*, 10 août 1910.
- BERGONIÉ. — L'action nettement favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses non suppurées. *Arch. d'elec. méd.*, n° 171, p. 604; n° 164, p. 300.
- Compte rendu de l'Académie des sciences, 27 mars 1905.
- *Semaine médicale*, 1905, p. 161.
- Action favorable des rayons X dans les adénopathies tuberculeuses. Dédutions à en tirer. *Journal méd. de Bordeaux*, 19 novembre 1905; *Presse médicale* 1906, p. 16.
- BERGONIÉ et TENIER. — *Archives d'elec. méd.*, 1898.
- BONNEFOUS. — Contribution à l'étude de la radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses superficielles. Thèse de Bordeaux, 1907-1908.
- BOSQUIER et René DESPLATS. — Contribution à l'étude des pseudo-leucémies au point de vue clinique et thérapeutique. *Journal des sciences médicales de Lille*, 13 juin 1908.
- CHILDS. — *Medical News*, 1903.
- DESPLATS (R.). — Du traitement des adénites tuberculeuses par les rayons X. *Archiv. d'electr. méd.*, p. 626, 1905.
- Le dosage en radiothérapie. *Journal des sciences méd. de Lille*, 1905, p. 132.
- Lymphadénome volumineux traité par les rayons X et guéri depuis plus de trois ans. *Journal des sciences méd. de Lille*, 1909.
- DUPEYRAC. — *Marseille médical*, 15 août 1907.
- FERRAND et KROUSCHKOLL. — Adénite tuberculeuse cervicale favorablement traitée par les rayons X. *Gazette des Hôpitaux*, 20 juin 1905.
- GONTIER. — Le traitement local des adénopathies tuberculeuses par les rayons de Röntgen. Thèse de Paris, 1910.

GUILLEMINOT. — Effet des filtres d'aluminium sur les rayons X. *Bulletin et Mém. de la Société de radiologie médicale de Paris*, janvier 1909.

HEINECKE. — Action des rayons X sur les tissus lymphoïdes. *Munch. med. und Wochenschrift*, 1903, mai 1904-1905; *Presse médicale* (analyse), 28 mai 1904; XXXIV^e Congrès de la

— *Deutsche Zeitsch. für Chir.*, LXXVIII, 1905.

— *Deutsche Zeitsch für Chir.*, LXXVIII, 1905.

HENDREIX (de Bruxelles). — Adénite chronique. Radiothérapie des adénites chroniques. *Journal de chir. et Annales de la Société belge de chirurgie*. Bruxelles 1905 (avril), p. 156.

— *Semaine médicale*, 1905, p. 318.

JAUCEAS. — Radiothérapie dans les adénites aiguës. *Presse médicale*, 19 octobre 1910.

KIENBÖCK. — Etats actuel de la radiothérapie. Congrès de Grenoble 1904.

— La radiothérapie des lymphomes tuberculeux. Rapport au Congrès international de physiothérapie. Paris, mars-avril 1910.

MELCHNEL et MOSEN. — *Berliner Klin. Wochen.*, 1904.

ONDIN et ZIMMERN. — Valeur de la radiothérapie dans le traitement des adénopathies. *Gaz. des Hôpitaux*, 2 août 1910.

PANKOST. — Traitement des tuberculoses profondes par les rayons X. *The therap. Gazette*, 15 août 1905.

PETIT. — Adénite bacillaire traitée et guérie par les rayons X. *Bull. méd. de Québec*, 1908.

PFÄHLER. — *Journal of the Amér. Assoc.*, décembre 1903.

— Adénites tuberculeuses traitées par les rayons X. *The ther. Gazette*, 15 janvier 1905; *Revue de thérapeutique*, 14 mars 1905.

PUSEY. — Report of cases treated with Rontgen rays. *Journal American Medical Assoc.*, Chicago, 2 avril 1902, pp. 917-918.

REDARD. — Radiothérapie dans les adénopathies tuberculeuses. *Annales de chir. et d'orthopédie*. Paris, 1906, pp. 42-44.

- RENIES. — Traitement de certaines formes de bubons strumeux par des applications immédiates de rayons Röntgen sur les ganglions. *Wiener klin. Wochen.*, 1907, n° 50; *Bulletin de thérapeutique*, 23 octobre 1908.
- QUADROME. — La pleurésie séro-fibrineuse comme complication du traitement radiothérapique de la pseudo-leucémie. *Semaine médicale*, 1905, p. 375.
- RØDERER. — La radiothérapie dans les tuberculoses ganglionnaires, articulaires et osseuses. Thèse de Paris, 1906.
- SENN. — Première observation de leucémie, traitée par les rayons X. *New-York Med. Rec.*, août 1903.
- Les rayons de Röntgen et la pseudo-leucémie. *Arch. élec. méd.*, janvier 1904, p. 76.
- VALE. — Radiothérapie contre l'adénite tuberculeuse. *Med. News*, 30 janvier 1904.
- VALOBRA. — Danger de la radiothérapie des lésions ganglionnaires d'origine tuberculeuse. *Semaine médicale*, 1905, p. 417; *Semaine médicale*, 30 août 1906.
- VARNEY. — *The Journal of the American Association*, 6 juin 1903.
- WETERER. — Une nouvelle application des rayons X; l'irradiation homogène des tissus profonds. *Arch. d'élec. méd.*, 1908, p. 844-845.
- WILLIAMS. — Effets analgésiques et toniques des rayons de Röntgen. *Semaine médicale*, 21 octobre 1903.

